

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROcq

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ERAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME
L. JULLIEN, M. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAULT,

R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VII

N° 8-9. — Août-Septembre 1896

PARIS

MASSON ET C^o, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCKXCVI

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 20, rue Saint-Georges, à Paris.

BENZOATE DE MERCURE	SYPHILIS BRETONNEAU	SIROP - PILULES Benzoate Hg. 0/01. SIROP 100. DRAGÉES Benzoate... 0/04 Benzoate... 0/005 Iod. Alcalin 1 gr. Iod. Alcalin 0/50 INJECTION SOUS-CUTANÉE 0/04 par seringue.
PARIS - 6, Rue Marengo, 6		

SAVONS MÉDICINAUX de A. MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
 PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la Douv.
SAVON Pheniqué... à 5% de A. MOLLARD 12^f
SAVON Boraté... à 10% de A. MOLLARD 12^f
SAVON au Thymol... à 5% de A. MOLLARD 12^f
SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A. MOLLARD 24^f
SAVON Boriqué... à 5% de A. MOLLARD 12^f
SAVON au Salol... à 5% de A. MOLLARD 12^f
SAVON au Subimé à 1% ou 10% de A. MOLLARD 18^f ou 24^f
SAVON Iode (KI - 10 %)... de A. MOLLARD 24^f
SAVON Sulfureux hygiénique de A. MOLLARD 12^f ou 24^f
SAVON au Goudron de Bourgogne de A. MOLLARD 12^f
SAVON Glycérine... de A. MOLLARD 12^f
 Ils se vendent en boîte de 1/4 et de 1/2 douzaine avec
 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS TRAITEMENT HYPODERMIQUE

Biiodure injectable de Roussel, Solution limpide de Biiodure d'Hydrargyre dans l'huile Eucalyptée.

Chaque centimètre cube contient deux milligrammes de Biiodure.

Laboratoire hypodermique, SCEAUX (Seine) toutes pharmacies.

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE - RECONSTITUANT - FÉBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloïdiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'Extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.
DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorose, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 20 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE** : Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Phcie CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

OS
O
E

MIQUE

, Sol
argy

x mil

Reine)

ER

es autres
d'extra
s les cas
fé contre
franc
e repa

XUM

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA QUESTION DU PRURIGO

Rapport présenté au *III^e congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*,
par M. le Dr **Ernest Besnier**.

NOSOLOGIE — PATHOGÉNIE — MODE PATHOGÉNIQUE

I

MESSIEURS,

Au moment où va finir le siècle dermatologique que je n'hésite pas à appeler le siècle de Willan, rien, mieux qu'un débat sur la question du Prurigo, ne saurait remettre en sa véritable lumière l'œuvre de l'illustre médecin du Dispensaire public de Londres, et, en ce qui me concerne, aucune occasion plus heureuse ne pouvait m'être offerte de rendre hommage à ROBERT WILLAN, dans le pays qui a la gloire de l'avoir produit?

C'est au moment où Willan a créé l'Ordre des Papules que prend vraiment naissance la question moderne du Prurigo; pendant un demi siècle, elle est restée tout entière dans les limites qu'il lui avait tracées, et elle y serait demeurée, épurée et perfectionnée selon la mesure des progrès généraux de la dermatologie, si son cours n'avait été brusquement interrompu par le Maître de Vienne, Ferdinand Hebra. Clinicien de génie, et maître autoritaire, Hebra démembra dictatorialement l'Ordre des Papules, dissémina dans les groupes les plus divers de la pathologie cutanée les Genres *Strophulus* et *Lichen*, que la merveilleuse intuition de Willan avait si heureusement réunis dans un groupe commun; et, dans le Genre *Prurigo*, raya d'un trait de plume tout ce qui n'était pas compris dans la description des espèces *mitis* et *formicans* pour le rejeter dans les « prurits cutanés ». Le mirage de la description merveilleuse que le réformateur donna de son type morbide de prédilection, dont il fit une maladie exclusive qui, seule, méritait le nom de Prurigo — *Prurigo simplex seu vulgaris mihi* —, pour citer ses propres expressions, éblouit ses contemporains et ses successeurs, et ne leur permit pas de reconnaître que la question avait été tranchée, et non dénouée, et que cette révolution terminologique deviendrait la cause de la confusion qui dure encore.

Nettement accentuée aujourd'hui, même au pays d'origine, la réaction qui s'est produite depuis un certain nombre d'années contre l'exclusivisme du système nouveau, prend aujourd'hui définitivement corps. En mettant en tête de l'ordre du jour de la première de ses séances la question du Prurigo, le Comité d'organisation du troisième Congrès international de Dermatologie a témoigné, sans détour, que sa revision s'imposait. Revision laborieuse et ardue entre toutes.

Sans nul doute, les sujets en litige seront brillamment éclairés par les dermatologistes éminents qui vont prendre la parole, après moi, dans cette séance solennelle; mais, sur aucun des points de la pathologie cutanée, les notions positives ne sont assez avancées pour que l'on puisse donner, complète et immédiate, la solution proprement dite des problèmes qui surgissent de tous côtés. Et sur tous ces points il est impossible que l'on ait pu réunir les observations anatomiques, physiologiques et cliniques, indispensables pour imposer aujourd'hui une doctrine, et pour reconstituer, avec des types fermes, normaux et incontestés, un groupe morbide dans lequel, quoi qu'on en puisse dire, il faudra réunir des espèces morphologiques d'une extrême mobilité, et des faits intermédiaires en nombre considérable.

C'est de l'esprit médical, et non de la lettre absolue du système de Willan que je m'inspirerai dans cet aperçu rapide sur la nosologie du Prurigo, sur les points nouveaux de la question ou sur les points contestés.

II

Dans le système de Willan, le genre *Prurigo*, le troisième de l'Ordre des Papules, comprend trois espèces *typiques* : le *Prurigo mitis*, le *Prurigo formicans*, et le *Prurigo senilis*; puis une série d'espèces *accessaires*, additionnelles, que ceux qui ont lu Willan avec soin savent parfaitement n'avoir pas été identifiées par lui avec les trois premières. Nulle contestation ne saurait être élevée sur ce point. C'est après avoir décrit les trois premières espèces que Willan ajoute, avec la simplicité qui est une des parures de son œuvre : « En connexion avec les précédentes séries, il convient de mentionner quelques affections prurigineuses qui sont purement locales. » — J'ai traduit mot à mot. — « Bateman accentue encore la délimitation en spécifiant que les espèces du genre *Prurigo* de Willan, autres que les trois premières, avaient à peine quelque affinité avec elles, s'en rapprochant par le prurit, mais en différant par l'absence de papules. »

C'est donc, en réalité, sur le seul *Prurigo sénile* que portait le débat soulevé par Hebra; les *prurigos mitis* et *formicans* étaient remaniés et perfectionnés; le *prurigo sénile* devenait le *prurit sénile*, et les *prurigos accessaires* de Willan des *prurits variés*. En fait, au

delà du perfectionnement de la description des deux premières espèces du Prurigo, il n'y avait que des dissociations terminologiques, et l'application d'un terme *générique* à une maladie exclusive.

Inversement, rien n'était moins légitime que l'emploi du mot de « prurit » à titre *générique*.

Ce mot est l'expression d'un symptôme; il n'a aucune valeur syndromatique, pas plus que n'en a le terme de toux dans la série des affections des voies respiratoires, etc. Aucun prurit, par cela même qu'il est toujours un symptôme, une expression subjective, n'est essentiel; bien plus, il n'en est probablement aucun qui puisse être rapporté à un trouble immatériel de l'innervation, à une névrose pure, à une névrodermie. Et, logiquement, aucune maladie, c'est-à-dire aucun syndrome, ne doit être dénommé par un mot qui ne représente qu'un phénomène *unique*, un symptôme banal, commun à un grand nombre de syndromes ou d'états morbides constitués.

Aussi bien pour la *maladie prurigineuse des vieillards* que pour les *prurigos accessoires* de Willan, le terme de « prurit » est inexact, car dans toutes ces affections il existe des lésions nerveuses, vasculaires, tégumentaires propres, préalables, concomitantes ou consécutives, dont l'ensemble doit être exprimé par la dénomination, laquelle doit représenter un syndrome et non un symptôme, et ne doit pas consacrer l'erreur qui consisterait à considérer ces diverses affections cutanées comme liées à une simple altération de la *fonction* nerveuse, à une névrose, à une innervation irrégulière de la peau, à une névrodermie.

Sans parler des altérations de la peau sénile, des scléroses artérielles et des auto-intoxications de la cachexie sénile, ou de l'insuffisance urinaire, la *maladie prurigineuse des vieillards*, la pruriginose sénile, envisagée dans son cours entier, ne répond pas à la légende du prurit sénile *sans matière*. Willan a confondu très vraisemblablement avec le prurigo sénile simple quelques pruriginoses pédiculaires; mais il n'a assurément pas fait erreur constante; il regardait la peau de ses malades avec une acuité égale à celle des observateurs contemporains les plus minutieux, et avait constaté chez quelques-uns d'entre eux des altérations semblables aux « lichénifications » pures de Brocq. Quelquefois, dit-il, dans le prurigo sénile, la surface entière du corps a un aspect brillant — *shining* — le qualificatif même que Erasmus Wilson emploiera pour désigner l'éclat de la surface des papules du lichen plan. Cette surface, ajoute Willan, est, quelquefois, irrégulière, granulée, sans éruption de papules distinctes: « *Sometimes the whole surface has a shining appearance, and is irregular, or granulated, without an eruption of distinct Papulæ.* »

La réalité est que la *maladie prurigineuse des vieillards* est, dans

quelques-unes de ses variétés, très remarquable par l'état éburné, l'alopécie et la résistance de l'épiderme aux traumatismes, et que, dans presque toutes, quand elle dure depuis un temps assez long, il se manifeste des lésions les plus nettes du type des lichénifications pures ou secondaires, avec localisations et pigmentoses. Et tous ceux qui ont suivi jusqu'à la fin de leur carrière un grand nombre de vieillards prurigineux savent que l'on peut observer, et que l'on observe trop souvent, des poussées papuleuses, des folliculites, de l'eczématisation et des îlots de lichénisation pigmentée.

Le soi-disant Prurit sénile est une véritable maladie constituée, qui a ses lésions préalables, ses symptômes propres, sa permanence spéciale, sa résistance prolongée aux altérations du traumatisme, résistance relative et à temps. Son rapport avec les Prurigos est si manifeste, que Brocq, bien qu'il en fasse encore une névrodermie, reconnaît cependant que cette névrodermie affecte les rapports les plus étroits avec la névrodermite diffuse à forme de lichénifications pures, et qu'il la range entre le Prurigo à forme de lichen circonscrit et nos Prurigos diathésiques.

Chez tous les vieillards atteints, à des degrés divers, la prédisposition diathésique, l'auto-intoxication sénile sont aussi manifestes que la prédisposition héréditaire, les ataxies urinaires et les intoxications permanentes d'origine intestinale dans le Prurigo le plus typique.

Si le temps me permettait d'examiner ici maintenant la série des Prurigos accessoires de Willan et la série des soi-disant Prurits cutanés, singulièrement accrue depuis l'époque de Hebra — Prurits temporaires, prolongés, permanents, dus aux toxémies classées : *glycémie*, *cholémie*, *urémie*, etc., — ou non classées, comme celles des diathèses, au premier rang desquelles l'*arthritisme goutteux*, *rhumatismal* ou *vague* ; — à des intoxications temporaires inconcues, comme les *Prurits saisonniers*, qui ne sont pas plus immatériels que le Catarrhe des foin, — aux fermentations bactériennes du tube digestif, et même à des intoxications chimiques, combien en resterait-il qui répondraient à la légende du prurit névrosique ?

Et, en vérité, ceux qui ont observé de près et sur une large échelle le *Prurigo des cholémiques* avec son *cnidosis* et ses effractions caractéristiques, les maladies prurigineuses de l'hiver ou de l'été, de Duhring ou de Hutchinson, dans lesquelles on retrouve la série entière des phases élémentaires du Prurigo officiel, peuvent-ils n'y voir que des sensations morbides, et croire que l'on peut dénommer, par un terme symptomatique aussi banal que le terme de « prurit » un *complexus* dans lequel, sans tenir compte des altérations primitives ou préalables, se réunissent au prurit des lésions cutanées, ortiées, papulo-vésiculeuses, papuleuses, etc. ?

III

En ce qui concerne les deux premiers genres de l'ordre des Papules, le *Strophulus* et le *Lichen*, le mouvement de rattachement au Prurigo s'exécute aujourd'hui nettement malgré les oppositions les plus considérables.

Anatomiquement et cliniquement, les *Strophulus* de Willan sont réintégrés dans le Prurigo et le mouvement se poursuit activement pour les lichens. Pour obtenir ce résultat il a fallu les longs travaux d'Émile Vidal et de son brillant élève Brocq ; il a fallu les démonstrations anatomiques de Neisser, Tommasoli, Hallopeau, Darier, etc., il a fallu surtout le coup d'État de Tommasoli, qui a rangé le *Lichen simple aigu* de Vidal dans les Prurigos, sous le nom de *Prurigo temporaire autotoxique*, que Brocq désigne sous le nom de *Prurigo simple*.

Il aura fallu aussi le mémoire de Touton, aussi riche d'idées que de faits, et dans lequel il reconnaît qu'en dépit de différences cliniques et anatomiques entre le *Prurigo* de Hebra, le *Prurit cutané*, et ce que l'on appelle *Lichen simple chronique*, ces maladies forment un même groupe au point de vue nosologique ajoutant, parmi ses conclusions, que : « *La Névrodermite circonscrite chronique*, de Brocq, *Lichen simple chronique circonscrit*, de Cazenave, Vidal, n'est ni un eczéma chronique comme l'enseigne la doctrine de Hebra, ni un Lichen, mais une pruriginose localisée avec épaissement secondaire de la peau, — lichénification, — et plus encore rapprochée du Prurigo de Hebra. »

Enfin, j'aurai achevé de donner un aperçu du chemin parcouru dans la période immédiate en inscrivant ici que l'on peut, selon Brocq, ranger à côté les uns des autres, sous le « vocable commode » de *Prurigos diathésiques*, les quatre séries suivantes :

1° Prurigo diathésique à forme objective de lichénification pure circonscrite (*Lichen simple chronique*, *Névrodermite chronique circonscrite*).

2° Prurigo diathésique à forme objective de lichénification pure avortée (diffuse, *Névrodermite diffuse* à type objectif de lichénification pure).

3° Prurigo diathésique à forme objective eczémato-lichénienne (type E. Besnier).

4° Prurigo diathésique à forme objective. Prurigo de Hebra (1).

(1) Par contre, ajoute Brocq, la notation suivante nous paraît tout aussi acceptable :

1° *Névrodermite chronique circonscrite* (*lichen simplex chronique*).

2° *Névrodermite diffuse* à forme objective de lichénification pure ;

3° *Névrodermite multiforme* à forme objective eczémato-lichénienne (*prurigo diathésique* M. le Dr Besnier) ;

4° *Névrodermite multiforme* à forme objective de prurigo de Hebra.

En voilà assez, Messieurs, pour laisser entrevoir nettement les limites prochaines du groupe Prurigo tel qu'il existe en germe dans le système de Willan, et tel que nous le concevons aujourd'hui.

IV

Cependant les oppositions sont nombreuses et considérables, et, on tente, une fois de plus, de créer, sous le nom de Prurigo, un genre dermatologique *fermé*, une maladie exclusive, à base un peu plus large, mais, en fait, aussi absolue que dans la doctrine de Hebra.

Pour Tommasoli, le terme de Prurigo a un sens unique : « *Dermatose d'origine interne, caractérisée par un prurit intense et par l'éruption contemporaine, ou presque contemporaine, de papules, petites, sereuses mais consistantes lesquelles évoluent en peu de jours, se couvrent rapidement d'une petite croûte sanguine. Cette dermatose peut préférer les faces externes des membres; elle est précédée ou accompagnée souvent par des pomphi d'urticaire; elle est ordinairement discrète dans ses éruptions, lesquelles se répètent à intervalles, sans trop se relier entre elles. Cours habituel à période de paroxysme et d'accalmies, lesquelles semblent être en rapport avec les saisons. Mais tous ces derniers caractères ne sont ni constants ni absolus.* »

Ce n'est pas seulement à cause de ses caractères cliniques ou histologiques que Tommasoli déclare nécessaire et spécifique la séropapule à l'exclusion de la papule lichénoïde et de toute autre papule; c'est parce que la séropapule lui paraît être un élément primaire, préprurigineux, et parce qu'il suppose que, sous l'action d'une altération spécifique du sang, il se fait aussi une altération spécifique des parois vasculaires ou des éléments du tissu dans lequel cette papule se développe, ou encore quelques autres choses plus compliquées.

J'admets, sans rien contester, pour un instant, qu'au milieu de très nombreux éléments éruptifs qui, en réalité, concourent à la constitution des syndromes prurigineux que l'on doit, à mon sens, désigner sous le vocable commode, abrégatif et traditionnel de Prurigo, il en est un qui, à un certain âge de la vie, à une certaine période de l'évolution, ou même dans certaines formes particularisées, présente et monopolise la séropapule. Je concède que l'étude approfondie de cette efflorescence brevetée et privilégiée, faite histologiquement de la manière la plus minutieuse, et bactériologiquement et chimiquement, comme étant de première importance au point de vue de la pathogénie, est peut-être de nature à éclairer le mode pathogénique des espèces de Prurigo dont elle fait partie intégrante.

Mais je conteste énergiquement que tout état pathologique qui ne

la présentera pas, ou qui en présentera une autre, en diffère radicalement et doit, par le fait même, être exclu du groupe des Prurigos. Je le conteste, non seulement parce que ces affections n'ont pas d'autre dénomination convenable disponible, mais encore parce que, type de lésion à part, ce sont des maladies du même ordre nosologique et qui doivent être groupées à côté les unes des autres.

Ce n'est pas seulement en droit nosologique pur que je fais ces contestations, c'est aussi sous le point de vue de la clinique et de la pratique médicale. Je conteste directement qu'il soit toujours possible, à toutes les phases du syndrome, de distinguer nettement la séropapule des autres efflorescences plus ou moins analogues, comme j'ai depuis longtemps contesté la valeur absolue des localisations exclusives.

Dans aucun Prurigo, envisagé soit dans son premier développement, soit dans son cours entier, il n'existe de lésion unique : les processus érythémateux et ortié font partie intégrante du Prurigo de Hebra le plus incontestable ; dans tous, sans exception, la multiformité et la banalité éruptives s'installent à demeure, et, quoi qu'on en ait, font partie du syndrome qui, en réalité, constitue l'état pathologique.

Pour être fondé à baser avec quelque légitimité l'élévation d'un syndrome à l'état d'unité absolue, et à fixer sa dénomination d'après le relevé d'un élément éruptif, il faudrait que cet élément fut complet nosologiquement, c'est-à-dire spécifié, à la fois, par sa caractéristique histologique ou bactériologique, par son évidence clinique indiscutable, et par la spécificité de sa réaction thérapeutique.

Ces éléments nosologiques, la papule séreuse ne les présente pas dans les conditions où les réalise à peu près, par exemple, la papule du Lichen de Wilson. Celle-là, au moins, pour peu que l'on soit en mesure de la dégager objectivement des confusions faites chaque jour entre elle et les lichénisations primaires ou secondaires de l'état de prurit, est spécifique anatomiquement, cliniquement et dans son mode d'évolution spontanée, ou de réaction thérapeutique. La série polymorphe et multiforme des lésions non spécifiques qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les prurigos, ne saurait en rien être assimilée à la série wilsonienne.

V

Admettons que parmi les espèces, les formes et les variétés de Prurigo que réunissent des affinités nosologiques incontestables, il en soit pour lesquelles l'histologie ou la chimie pathologique, ou la bactériologie, déterminent plus tard des différences précises, ayant

une signification pathogénique réelle et utilisable, il sera toujours aisé de les spécifier terminologiquement, d'une manière appropriée, sans les déclasser. Mais aucune loi nosologique n'oblige ni n'autorise à encombrer la nomenclature dermatologique d'unités mobiles acceptées ou rejetées au gré changeant de la doctrine du jour, ni à multiplier, sans objet et sans but, les formes et les variétés dermatographiques, ou à laisser indéterminés, en ajournant indéfiniment leur classement, un grand nombre de syndromes dont la pratique réclame le groupement, dût-il être provisoire.

Pour Neisser comme pour Tommasoli, la doctrine du Prurigo exclusif est absolue, à part quelques concessions relatives au lichen simple aigu de Vidal, et l'admission de quelques variantes dans le type primitif, en ce qui concerne, par exemple, le début à d'autres périodes de la vie que dans l'enfance, etc. Mais c'est tout. Quant aux prurigineuses qui forment des foyers de dermatites débutant en général par des papules, — *Pseudo-lichen* de Tommasoli, — devenant souvent confluentes, — lichénification, — facilement eczémateux, — eczématisation, — et sont très prurigineuses, il préfère les comprendre dans un groupe spécial de la classe des *eczémas*.

Sur le premier point, mes objections sont les mêmes que celles que j'ai faites au sujet de la séropapule; aucune raison valable ne légitime l'absorption absolue du terme de Prurigo pour ces formes de prurigineuse.

Ni l'évolution propre déterminée et analysée dans les détails infiniment délicats où Neisser place la question, ni la localisation typique du Prurigo de Hebra aussi pur que le puisse concevoir Neisser, ne peuvent séparer radicalement, et absolument, ces cas d'autres formes morbides qui ne la copient pas dans tous leurs détails, mais qui, regardées de plus haut, et dans leur ensemble complet de conditions causales, de nature, de réaction thérapeutique, etc., conservent des rapports indéniables, et, même appelées Prurigos, peuvent toujours être spécifiées scientifiquement et pratiquement, par un qualificatif approprié.

Pour être en droit de limiter le terme de Prurigo à une seule affection prurigineuse, il faudrait, au préalable, classer, en séries fermes et dénommées normalement, toutes les dermatoses implicitement contenues dans l'ordre des Papules de Willan, et ne pas les laisser dans des groupes auxquels elles n'appartiennent pas. Or, cela, à l'heure présente, personne n'est en mesure de le faire.

Sur le second point, le classement dans l'eczéma des prurigineuses du type du *Lichen circonscrit* de Cazenave et de Vidal-Brocq, son non-fondé a été tellement précisé dans le Mémoire de Touton qu'il serait tout à fait superflu de revenir sur ce point. Quant à ranger, comme le demande Neisser, ce que j'ai décrit sous le nom de *pruri-*

gos diathésiques dans les eczémas, ce serait absolument contraire à l'observation réelle de prurigineuses dans lesquelles l'eczématisation n'est autre chose qu'une lésion secondaire, et un épisode d'un syndrome bien autrement complexe que celui d'un eczéma véritable. Ce n'est pas au moment où tant d'efforts sont fait de toutes parts pour épurer le groupe des eczémas, qu'il y a lieu d'y maintenir ou d'y réincorporer des individualités morbides qui en sont aujourd'hui parfaitement dégagées.

VI

Non seulement la conception vraiment médicale du Prurigo, pour aucune espèce sans exception, ne comporte pour moi l'asservissement à l'idée de lésion spécifique, ni unique, mais encore, de base fondamentale plusieurs espèces de pruriginose, individualisées par l'ensemble complet de leurs caractères n'ont, pour manifestation éruptive, pour expression cutanée, que des processus banals et multiples, tels que les phénomènes ortiés, la lichénisation, l'eczématisation etc., et ne sont ni des urticaires ni des lichens, ni des eczémas, etc. C'est sur ce point particulier de nosologie cutanée que j'ai attiré l'attention en publiant une première étude sur les *Prurigos diathésiques* ; et c'est à cette occasion que j'ai protesté contre ce que j'ai appelé la tyrannie du système de Willan pris trop à la lettre, et sur ses applications, sans exception, à la constitution uniforme de toutes les unités dermatologiques.

S'il est, en effet, des maladies, dans lesquelles la lésion, par son unité, sa spécificité, sa permanence, ses réactions thérapeutiques, etc., prime l'ensemble syndromatique, et suffit à une caractéristique nosologique, toutes ne sont pas constituées de même, et il en est d'autres dans lesquelles la lésion, au contraire, par sa banalité, sa multiformité, est primée par l'ensemble des caractères cliniques.

Et c'est sur le tableau morbide complet, et non sur la détermination de lésions multiples, mobiles, et secondes que doit être instituée l'unité syndromatique. C'est sur cette base seulement que l'on arrivera à épurer le groupe absolument artificiel et composite des eczémas et des urticaires qui doit être entièrement démembré et classé non pas d'après le phénomène banal de l'eczématisation ou de l'urtication, mais d'après l'étude complète des syndromes cliniques dont le phénomène éruptif est une simple expression.

VII

Ce que j'ai jusqu'à présent établi dans la direction particulière du syndrome de Hebra, c'est non la totalité, mais une série de faits pro-

pres à fixer les idées et à provoquer la discussion et la controverse. Il m'eût été facile d'y joindre d'autres formes cutanées et particulièrement celle que nos savants collègues d'Amérique considèrent avec raison comme un prototype de Prurigo, le *Prurigo à grosses papules*. Comme la maladie prurigineuse des vieillards, cette espèce de prurigineuse est, pour ainsi dire, indéfinie dans le temps; et les lésions secondaires, lichénisations et eczématisations, y sont exceptionnelles ou tardives, tandis qu'elles sont précoces dans la première série des prurigos diathésiques que j'ai décrits. Mais, dans toutes ces maladies, Prurigo de Hebra, Prurigo à grosses papules, première série de mes Prurigos diathésiques, Prurigineuse des vieillards, etc., malgré la diversité des types cutanés, un élément nosologique égal et supérieur établit une communauté indéniable, aussi certaine dans l'observation que féconde dans la pratique.

Dans la première série de mes *Prurigos diathésiques*, le symptôme premier, et le premier symptôme, est le prurit, prurit intense, rémittent, exacerbant, à paroxysmes nocturnes et réguliers, et à exacerbations saisonnières. Très ordinairement, la maladie apparaît dans la première enfance, ou dans la jeunesse, mais elle peut débiter aux autres âges, d'une manière souvent insidieuse et presque toujours larvée, quelquefois même partielle. Caractère absolument fondamental, aucune des lésions qui l'accompagnent ou qu'elle provoque n'est spécifique. Dans le premier âge, ce peut être l'une quelconque des variétés nombreuses des *erythèmes infantiles*, des *urticaires* et des *pseudo-lichens*, ou l'une des formes d'*eczématisation* ou de *lichénisation* de la peau que le vulgaire réunit sous le nom de *gourmes*.

Plus tard, quand la maladie sera constituée, on verra encore, parfois, reparaitre quelques-unes de ces formes; mais ce seront surtout des *lichénisations en papules*, ou *en plaques*, ou *en grandes nappes*, et, au moment des paroxysmes, la *folliculite* et l'*eczématisation* sous formes variées de l'*eczéma figuré*, *folliculaire*, *diffus*, *impétigineux*, etc.

Quand la maladie débute dans la première enfance, rien ne la distingue des ébauches de ce qui sera plus tard un Prurigo de Hebra; comme celui-là, elle peut en rester aux linéaments; demeurer fruste, avorter, ou, après quelques années de durée, avoir une intermission plus ou moins longue, ou même définitive, avec ou sans lésions viscérales. Mais, dans beaucoup de cas, quand le processus abandonne momentanément ou décidément la peau, on voit se produire ou se développer des localisations internes dont l'emphysème, l'asthme bronchique, le catarrhe des foin, des phénomènes très variés de neurasthénie, constitueront, plus tard, la maladie prédominante, et représentent soit des alternances, soit des successions phénoménales.

Si l'on observe non pas seulement au point de vue dermatologique, mais sous le rapport de la médecine générale, les mêmes malades pendant un nombre d'années suffisant, ou si, chez les malades que l'on commence à observer, on scrute, à fond, la série des années passées, on reconnaîtra que la relation entre les deux ordres de phénomènes, cutanés et viscéraux, est d'une extrême fréquence, déjà accusée souvent dès l'enfance, et souvent aussi *dissociée*, de sorte que, dans un groupe de frères ou sœurs, l'un a un prurigo, l'autre des crises d'asthme et de l'emphysème, un troisième présente les deux localisations alternantes. Et si l'on recherche l'hérédité, on trouvera chez les parents, très souvent, ce que nous appelons en France l'arthritisme nerveux, la goutte, l'emphysème, les neurasthénies ou l'une quelconque des formes du prurigo, lesquelles se transmettent dans la descendance *en prédisposition et non en forme*, car le père qui a eu un prurigo à grosses papules pourra voir se développer dans sa descendance l'une quelconque des formes de prurigo ou seulement l'une des localisations viscérales.

Preuve nouvelle et considérable de l'unité nosologique des prurigos, et du non-fondé de leur séparation en individualités morbides tout à fait distinctes, et désignées sous des noms différents.

Ce qui amène et ce qui justifie pour les prurigos de cette nature — y compris le Prurigo de Hebra — la qualification de diathésiques, c'est que les uns et les autres, quelles que puissent être les variétés de leur mode pathogénique, ne se produisent que chez des sujets prédisposés, c'est-à-dire ayant un mode nutritif anormal, lequel provoque ou entretient chez eux des maladies qui peuvent être différentes comme siège anatomique, comme forme symptomatique, comme évolution, comme processus pathologique, selon la lettre exacte du thème de Bouchard.

Prurigo diathésique veut donc dire prurigo d'origine interne, ou plutôt lié à des conditions individuelles de tissus et d'organes, provoquées ou entretenues par un mode de nutrition anormal.

Ces conditions peuvent varier individuellement, sur une échelle assez considérable pour que tous les cas n'arrivent pas au même degré, et pour que quelques-uns en restent à l'ébauche, si, spontanément, ou par la thérapeutique, ils sont promptement éteints.

Mais une fois établie, c'est-à-dire ayant passé les limites des formes frustes, avortées, temporaires, rebelles ou non traitées, même quand elle a eu un agent provocateur extrinsèque, l'acariase, par exemple, la maladie devient à temps, ou à vie, une propriété morbide de l'individu, une diathèse de prurit, elle peut encore s'atténuer ou s'éteindre, c'est-à-dire subir une régression spontanée. Ces individus, chez lesquels se poursuit longtemps, et quelquefois indéfiniment, l'état de prurit même après que la cause a depuis longtemps cessé, sont des

prédisposés. De même qu'un *prédisposé* conservera pendant des années un état permanent de *tension ortiée*, après avoir contracté de l'usage abusif des moules ou des fraises une urticaire vulgaire, de même il pourra à la suite de la gale conserver un prurigo prolongé ou permanent, etc.

Les dermatoses que j'ai comprises dans la première série de mes prurigos diathésiques ne sont pas les seules qui soient prurigineuses, chroniques, exacerbantes, paroxystiques, mais ce sont les seules dans lesquelles les lésions cutanées, au cours de leur longue évolution, non seulement sont multiformes, mais encore restent absolument banales jusque dans leur période d'état. Cette banalité les différencie nettement des dermatites prurigineuses à lésion spécifique ou spéciale tels que le Lichen de Wilson ou la Maladie de Dühring, non pas que cette dernière n'ait des points de contact multipliés avec les prurigos diathésiques, mais leur individualité clinique est assez distincte pour qu'il n'y ait pas lieu à confusion dans les circonstances communes ou ordinaires. À leur période d'état, les prurigos diathésiques de notre première série ont pour éléments essentiels les états dermatographiques que je désigne abréviativement par les termes synthétiques de *lichénisation* et d'*eczématisation*.

VIII

Pour interpréter à fond les *théories nerveuses* du Prurigo — névrose, névrites périphériques, lésions axiales, névrodermie, névrodermite — il faudrait que la pathologie générale névrologique ait fait encore un pas en avant ; que l'on ait décidé qui a raison des périphéristes ou des centralistes, et aussi que l'on ait fait des biopsies assez positives pour servir de base. Inutile d'ajouter qu'il n'y a à contester ni la part que prend le système nerveux aux actes pathologiques des pruriginoses, ni la prédisposition névrotique, pas plus que le rôle des grandes commotions physiques ou morales. Mais il faut, à mon sens, faire une réserve *accentuée* sur la valeur vraie des phénomènes éprouvés ou décrits par quelques malades ; ni les prurigos, ni les dermatoses n'ont le monopole du nervosisme ; la dermatologie, comme la pathologie courante, en est encombrée, et la condition nerveuse est devenue la monnaie courante de la pathogénie universelle. Il n'y a rien à exagérer, mais il a quelques réserves à poser.

Pas plus que pour les érythèmes, les purpuras, etc., la *théorie angionerveuse*, même appliquée aux seuls prurigos de la série de Hebra, Neisser, Tommasoli, etc., c'est-à-dire à ceux dans lesquels la vaso-dilatation et la sécrétion capillaire sont les plus accentuées, ne peut servir à définir la *condition pathogène* proprement dite, la condition première, l'élément primitif qui est la cause du trouble angio-

nerveux. Cette condition première du trouble nerveux et cellulaire qui détermine les *symptômes* — prurit et lésions intra-tégumentaires — celle qui actionne dans une direction morbide le système vasculaire des extrémités nerveuses, et peut-être directement les éléments du tissu, est en réalité inconnue.

IX

Mais si le mode névro-pathogénique des prurigos demeure au moins obscur, on peut, avec une base plus précise, placer la condition pathogène supérieure des prurigos dans une *adulteration du sang* ou de la *lymphe* et des *liquides intercellulaires*, adulteration autonome, dont les agents toxiques, autotoxiniques primaires, ne sont vraisemblablement eux-mêmes que les *agents provocateurs*, et non des efficients directs, simplement véhiculés par les liquides sanguins ou lymphatiques.

Aussi ancienne que la médecine humorale, la notion de la valeur pathogène des adulterations autonomes ou provoquées des liquides s'est affirmée avec le classement de quelques toxémies qui ne sont encore, d'ailleurs, que très imparfaitement connues, telles que la *cholémie*, la *glycémie*, les *urémies*, et dans lesquelles il est peu probable que les éléments biliaire, glycosique, uréique, etc., en nature, soient les agents immédiats. La question s'est un peu précisée avec la notion des toxidermies, des toxinidermies dues aux injections de sérum; avec les constatations des prurigos consécutifs aux fièvres éruptives, à la vaccine, etc.; et avec les résultats thérapeutiques que produit la suppression des intoxications biliaires, glycosiques, uréiques, etc. Elle se précise non moins nettement, enfin, avec les effets extrêmement remarquables que l'on obtient dans la plupart des prurigos du type de Hebra, ainsi que dans les prurigos temporaires, diathésiques, etc., par la suppression absolue des fermentations gastrique et intestinale, et par la mise au point des émonctions biliaire et rénale; mon savant et très cher compatriote Feulard vous dira dans un instant ce que l'on peut obtenir dans cette voie thérapeutique. On sait d'autre part, à n'en pas douter, par les faits de la névropathologie, que la septicémie gastrique prolongée, plus encore que la septicémie intestinale, produit des lésions nerveuses axiales qui peuvent atteindre le plus haut degré de matérialité périphérique, et de gravité absolue.

Parmi ceux qui, le plus récemment, ont apporté des matériaux, à la question, il faut citer Köbner, Behrend, Comby et Tommasoli.

La formule scientifique ferme de ces autotoxies est encore à trouver; elle réclame, pour être engagée, une lumière imprévue, ou beaucoup de temps et de labeur.

X

En attendant ces lumières nouvelles, on peut cependant se représenter grossièrement la série des phénomènes d'un prurigo, depuis la première mise en acte d'un agent toxique, si l'on veut bien examiner l'une de ces prurigines d'origine externe si dédaigneusement rejetées hors du groupe. Prenons, par exemple, la pruriginose, le prurigo dus au *venin des sarcoptes* que l'on sait, depuis Gerlach, être identique au *principe actif de la cantharide*.

Sous l'action directe, immédiate, locale, diffusée autour de la piqure venimeuse, apparaît le prurit varié, intense, paroxystique, nocturne, comme dans les prurigos et les urticaires, puis les réactions érythémateuse et ortiée, très variables selon les individus, qu'il faut observer pendant la nuit, entre dix et onze heures du soir si l'on veut bien se rendre compte de leur nature, de leur forme et de leur intensité. La résistance normale de l'épiderme s'altère, et la peau va subir, sous l'action du grattage, toutes les excoriations qui constitueront un des éléments caractéristiques du syndrome, puis favoriseront les inoculations de bactéries pyogènes ou eczématogènes, et, ultérieurement, les lichénisations et les pigmentations des prurigines parasitaires de longue durée, dont l'ensemble, typique et complet, est représenté par le syndrome des *Vagabond's Diseases*.

C'est exactement dans le même ordre, et avec des variantes sans importance au point de vue qui m'occupe en ce moment, qu'évoluent les altérations des prurigos de cause interne : Prurit paroxystique et nocturne — manifestations angionerveuses, qu'il faut observer aux mêmes heures que dans le cas précédent si on veut les relever dans leur plein; — papules de types divers; excoriations sanguines, — folliculites, lichénisations, eczématisations, pigmentoses, etc. Comment, en présence de ces observations, ne pas entrevoir que des irritants plus ou moins analogues au venin des dermaticoles animés, mais infiniment plus variés dans leur composition et dans leurs points d'application, président à des phénomènes dont l'analogie avec ceux de l'ordre externe est si frappante? De la nature, et peut-être de la quantité de l'irritant, de ses localisations électives aux divers éléments de l'épidermodermes, des conditions d'âge, de sexe, de diathèse, etc., etc., dérive la variété illimitée des espèces morphologiques.

Quel qu'il soit, toxique, toxinique, élément propre produit dans le liquide sanguin ou dans les espaces lacunaires par des réactions secondaires provoquées ou autonomes, l'irritant actionne les foyers sensitifs de l'axe ou les extrémités périphériques, et crée, avec le prurit, des troubles de circulation et de nutrition, base essentielle et nécessaire des lésions éventuelles primaires ou secondaires.

Quelque mal connue que puisse être la série des conditions toxi-

gènes dans le groupe entier des prurigos, on en a déjà classé un certain nombre ; il suffira, pour fixer les idées, d'en indiquer quelques-unes. Parmi les moins compliquées apparaissent des *toxidermies communes* ; on rencontre des sujets chez qui l'usage de l'arsenic, par exemple, détermine non pas seulement des *kératodermies*, mais de véritables prurigos ortiés et papuleux : les *hématotoxidermies de l'ictère*, de la *glycémie*, des *insuffisances urinaires ou rénales*, etc. ; la très grande classe des *prurigos dus à des fermentations bactério-alimentaires* ; les *prurigos auto-infectieux dus à la grossesse*, aux *fièvres éruptives*, à des *suppurations diverses*, etc. ; les *prurigos autotoxiques des vieillards*, dont on trouvera la formule chimique si on veut bien la chercher avec quelque acuité ; enfin, le groupe considérable des *auto-intoxications dues aux diathèses*, c'est-à-dire aux conditions permanentes ou prolongées de l'individu, qui constituent les *prédispositions*, etc., etc.

XI

Les rapports à intervenir, dans le temps, entre le prurit et les lésions cutanées, sont de la plus grande importance à préciser, pour l'intelligence générale de la question des Prurigos, et pour montrer que, dans la constitution du genre et des espèces, il faut s'en tenir à l'esprit du système de Willan, mais n'en pas dépasser la mesure, comme cela a été fait dans la constitution du Prurigo fermé de Hebra, et comme cela se poursuit à l'heure présente dans l'élaboration d'un type nouveau, asservi à la présence d'un élément déclaré spécifique.

Contrairement à la doctrine de Hebra, je déclare que le prurit est antérieur et supérieur aux lésions, et que la papule n'en est ni l'origine ni la cause.

Willan n'a rien écrit qui pût faire supposer que, dans les prurigos, le prurit dérivait de la papule ; s'il l'eût pensé, il n'eût pas classé le prurigo sénile dans le troisième genre de l'Ordre. « Le prurit, a-t-il dit textuellement, — avec la rectitude parfaite d'un grand observateur, — est un symptôme commun à un plus ou moins grand nombre de maladies ; cependant il en est quelques-unes devant lesquelles il se place au premier rang, — *it occurs as the leading circumstance*, — et où il est accompagné par une éruption des papules, — *and where it is accompanied with an eruption of papule*. »

Le texte est tellement limpide que je n'ai pas besoin de le commenter, ni d'insister. Pour Cazenave, le prurit précède la papule ; c'est la lésion initiale nerveuse, matérielle ou fonctionnelle, qui prime absolument, et qui produit les troubles de la circulation de la peau, de la fonction épidermotrophique, de la chromatose, etc. ; la peau réagit dans la mesure de son autonomie ; elle est actionnée dans sa

réactivité par l'état nerveux général, la commotion des centres. C'est cette notion que L. Jacquet développera plus tard en la synthétisant dans cet aphorisme qu'il ne considère, d'ailleurs, pas, lui-même, comme absolu : « *Ce n'est pas l'éruption qui est prurigineuse, c'est le prurit qui est éruptif.* »

Dans les formes lentes, — Brocq l'a surabondamment démontré, — le prurit précède la lésion de surface pendant un délai qui peut être très étendu ; même dans les formes rapides, on peut aisément constater qu'il n'est pas limité au territoire des papules. Le prurit préexiste en des points où l'on verra se développer ultérieurement des papules, et, au cours des éruptions les plus aiguës, on le verra souvent manifester matériellement sa présence en s'inscrivant, par exemple, aux faces antérieures des membres sous forme de lichénisations pures diffuses, là où jamais n'a existé ni n'existera une séropapule. L'affirmation de cette préexistence du prurit donnée par Cazenave, acceptée et produite énergiquement par Auspitz et par notre éminent confrère le professeur H. v. Hebra, établie sur des observations précises par Edvard Ehlers, n'est pas nouvelle ; mais je l'appuie de tout ce que l'expérience et l'observation m'ont appris ; et il est nécessaire de la proclamer.

Ce que l'observation montre, la simple déduction logique l'indique : il faut moins de temps à la manifestation sensitive d'une irritation centrale ou périphérique qu'à la production d'une lésion, telle que la papule séreuse. Celle-ci, produite, peut déterminer autour d'elle des phénomènes de compression ou d'irritation angionerveuse qui installent son atmosphère ortiée seconde ; mais tout cela s'évanouit avec sa régression ou après son débridement par le grattage. Ce prurit autonome de la papule ne se confond ni avec le prurit local préalable ni avec le prurit primaire diffus, qui en dépasse considérablement l'atmosphère et les limites, et qui émane directement des irritations axiales ou périphériques primitives, et non de la lésion qui est contingente. La papule suit son évolution cyclique ; le prurit persiste et varie dans son expression, selon des conditions multiples au cours d'un nychthémère, et, dans certains cas, selon les fluctuations de la toxicité des humeurs qui gouvernent les actes angionerveux. Le prurit survit souvent aux papules, les papules ne survivent jamais au prurit.

XII

Voici, à présent, un point capital que j'ai disjoint, à dessein, du précédent pour éviter toute cause d'obscurité dans un sujet d'une extrême complexité.

Entre la condition pathologique première, dont l'expression objective est le prurit, et les lésions de surface réalisées, il intervient un

facteur d'une extrême banalité apparente, l'acte mécanique du grattage que l'on sait, de temps immémorial, être fauteur de lésions secondaires multiples et considérables. Mais à cette notion ancienne doit en être substituée une autre, mieux formulée, plus précise, et dont les données ont un grand imprévu.

En même temps que des grattages proprement dits, on doit prendre acte de tous les traumatismes qui peuvent être exercés sur la peau : l'action de l'air, de la température, des contacts de tout ordre, la pression normale des vêtements au col, à la ceinture, aux parties externes des membres, au niveau des saillies osseuses physiologiques ; le décubitus, etc. Et, par action des traumatismes sur la peau dans les prurigineuses, il ne faut plus entendre seulement la part que prennent les actes traumatiques à la production des altérations *secondaires*, mais encore leur rôle effectif, immédiat et absolu, dans la genèse des lésions *primaires* de tout ordre, qui viennent s'inscrire, sous les formes les plus variées, à la surface de la peau. Avec des nuances de détail, mes remarques ne s'appliquent pas seulement au prurigo, mais à d'autres séries morbides, comprenant les *urticaires*, les *purpuras*, etc.

Mon savant et très cher collègue Edvard Ehlers, dans ses précieuses *Recherches cliniques sur le Prurigo de Hebra*, parues en 1892, rapporte que, en 1880, Auspitz déclarait que les papules du prurigo typique sont un produit artificiel, voulant dire par là surtout qu'elles ne représentaient dans l'ordre chronologique rien de spécifique. Mais, ainsi que je viens de le déclarer nettement, ce n'est déjà plus de cela qu'il s'agit. D'une série d'expériences physiologiques et cliniques du plus haut intérêt, appartenant à mon élève très distingué et très cher, aujourd'hui mon collègue, L. Jacquet, se dégage cette formule très claire, qu'entre l'irritation première des centres ou de la périphérie, l'état de perturbation vitale *intra-tégumentaire* qui en résulte sous des formes et à des degrés très variés, et la production des lésions du prurigo, il intervient un facteur *sine qua non*, lequel est le traumatisme.

Un coup d'œil rapide sur les expériences physiologiques et cliniques, les unes et les autres également suggestives, précisera les faits.

1° *Expériences physiologiques*. — a) Après avoir injecté dans les deux nerfs sciatiques d'un chien dix gouttes d'une solution de croton au dixième, Jacquet fait l'enveloppement ouaté occlusif complet de l'un des membres postérieurs, et il laisse l'autre à découvert. L'animal reste en observation pendant deux mois. Du côté non protégé, lésions tégumentaires excessives ; du côté soumis à l'occlusion, rien qu'une atrophie notable. A l'autopsie de l'animal, l'examen des nerfs sciatiques les montre également altérés.

Je n'entre pas dans les détails des lésions produites, et je ne produis pas toutes les déductions qui en dérivent ; je retiens seulement ce fait, à mon sens d'une importance capitale, que les deux nerfs sciatiques étant gravement et également altérés *des deux côtés*, celui qui est

resté exposé aux traumatismes communs de la vie d'un animal a présenté des lésions considérables, tandis que le membre protégé par occlusion n'a montré aucune altération d'ordre hyperhémique ou inflammatoire.

b) On sait que, dans l'expérience célèbre de Claude Bernard, quand on sectionna, d'un côté, le cordon du grand sympathique au cou d'un lapin, il se produisit immédiatement, du côté correspondant de la face, une dilatation vasculaire considérable, avec élévation de la température, appréciables surtout à l'oreille de l'animal, en même temps que le rétrécissement pupillaire, le retrait du globe oculaire, etc.

Jacquet et Butte répètent cette expérience dans les mêmes conditions, *mais après avoir eu le soin de protéger, quelques heures auparavant, les deux oreilles de l'animal par un appareil plâtré, qu'on enlève seulement après la section du nerf au cou.* Or, à l'examen des oreilles, on ne constate, par comparaison — et cela jusqu'à quinze à vingt-cinq minutes après la section — qu'une différence absolument minime d'une oreille à l'autre, et telle que certainement dans de semblables conditions Cl. Bernard n'eût pas fait sa découverte. Mais, si l'on vient alors à frictionner également les deux oreilles, brusquement une hyperhémie énorme se montre du côté où le sympathique a été sectionné. Tels ont été les résultats huit fois sur neuf. Une seule fois, la différence avant friction fut assez nette pour permettre de soupçonner l'action vaso-dilatatrice du grand sympathique. Les autres effets sont d'ailleurs les mêmes que dans l'expérience classique.

Rien, à mon sens, ne saurait être plus saisissant ni ouvrir un plus large horizon à la théorie de l'éruption dans les prurigineuses.

2° *Expériences cliniques.* — Deux seulement pour fixer les idées :

a) Sur un vieillard atteint d'une érythrodermie prurigineuse ambiguë Jacquet, après avoir excisé, à ma demande, un fragment de peau au niveau du bras droit qui était le siège d'un prurit inextinguible, fit immédiatement l'occlusion ouatée et compressive. Le prurit cessa immédiatement, et complètement, sur la région enveloppée. Huit ou dix jours plus tard, Jacquet enleva l'appareil. Le bras était devenu flasque; toute tuméfaction avait disparu et les téguments avaient, à peu près, recouvré leur épaisseur et leur coloration normales. Une nouvelle biopsie fut alors pratiquée : Sur le fragment excisé, avant l'occlusion, énorme suffusion de cellules lymphoïdes en amas, et en traînées péri-vasculaires : papilles très hypertrophiées; épiderme sus-papillaire et interpapillaire considérablement élargi avec des digitations interpapillaires, épaisses, irrégulières et multiples. Sur le fragment de la région excisé dix jours après l'occlusion, l'état normal est presque complètement rétabli. Donc en moins de dix jours, un membre très augmenté de volume, dur, d'un rouge intense, extrêmement prurigineux, avait repris son volume, sa souplesse, sa couleur et son état anatomique normaux; pendant ce temps, aucune sensation prurigineuse

ne s'était manifestée, tandis que, sur tous les autres points du corps, persistaient tous les autres phénomènes pathologiques, et le prurit.

Cela, Messieurs, n'est-il pas digne de remarque, et aussi précis qu'une expérience physiologique? Voilà la voie ouverte, et la chose annoncée. Nul doute que, dans un avenir prochain, Jacquet lui-même, empêché jusqu'à présent par des circonstances extrinsèques, et de nombreux expérimentateurs, ne fassent sur ce point la lumière complète et définitive.

b) Sur une jeune fille atteinte depuis deux années environ de prurigo classique, à lésions pures, sans complications, présentant quotidiennement, sur le tronc et sur les membres, une éruption discrète de papules typiques de prurigo, Jacquet enveloppe hermétiquement, à l'ouate hydrophile fixée par des bandes de tarlatane mouillée, le membre supérieur droit de la malade. Chaque matin le bandage est enlevé, puis réappliqué.

Jamais une seule papule sur le bras droit, malgré la persistance d'un prurit très vivace.

Au contraire, et à chaque fois, de trois à six papules nouvelles avaient surgi sur le bras gauche; cela, pendant huit jours de durée.

Puis le bras gauche est enveloppé, à son tour, et, pendant huit autres jours l'éclosion de nouvelles papules y est suspendue, *malgré la persistance du prurit*, tandis qu'elles reparaissent quotidiennement sur le bras droit.

Transportant à la thérapeutique les données fournies par Jacquet, Tenneson et moi-même avons suffisamment fourni la preuve de l'importance pratique du principe qu'il a posé. Dans la plupart des cas de prurigo quel qu'il soit, l'occlusion, *bien faite*, et effective, supprime le prurit et les lésions. *Si le prurit persiste*, la plus grande surveillance doit être apportée, parce que le malade met tout en œuvre pour exécuter le grattage. Mais, si l'enveloppement est hermétique, si une épaisse couche d'ouate empêche absolument tout traumatisme effectif, il ne se produit pas de lésion. Si on enlève l'appareil et qu'on laisse les choses en l'état antérieur, tout reparaît et se reproduit. La contre-épreuve est faite.

En supprimant l'éruption, l'occlusion ne supprime pas toujours le prurit, preuve nouvelle — s'il en fallait une encore — de la dissociation et de l'indépendance des deux phénomènes. Dans les cas où le prurit persiste sous l'enveloppement, le patient arrive presque toujours à atteindre la peau au travers du pansement, et à exercer le grattage. C'est dans ces cas où l'expérience semble être en défaut parce que l'on retrouve sous l'occlusif de nouvelles papules. Cela arrive surtout dans l'occlusion faite simplement avec les gélatines, si le sujet peut introduire les doigts à travers le pansement et exercer le grattage. Mais si l'enveloppement supprime le prurit, le succès est assuré, car le malade n'ayant pas de prurit ne traumatise pas la peau, et toute

occlusion est alors bonne, pourvu qu'elle soit exacte. Tous les observateurs qui voudront vérifier et contrôler les faits, devront se mettre en garde contre les causes d'interprétations erronées que j'indique, et exécuter ces recherches avec la précision scientifique qu'ils apporteraient à une expérience de physiologie.

Je n'ajouterai plus qu'un avis relatif à un fait d'observation que Jacquet et moi avons relevé chacun de notre côté. Voici un malade qui, avec des lésions variées, présente un prurit généralisé. L'occlusion parfaite est opérée sur un membre seulement ; le lendemain, le malade a parfaitement dormi, et, à la condition de continuer l'occlusion partielle, les altérations s'atténuent graduellement et le paroxysme s'affaïsse. Ce fait est l'exception, mais il n'est pas unique, et d'autres, sans doute, le constateront, et, peut-être aussi, l'interpréteront.

XIII

Il serait oiseux d'insister davantage, Messieurs ; j'ai dit tout ce qu'il était nécessaire de dire, puisque j'ai rapporté sans commentaire des faits sévèrement observés, et que chacun peut observer, et contrôler à loisir.

Il me faudrait encore, pour mener ma tâche à sa fin, exposer devant vous le détail entier des altérations primaires et secondaires que produit le traumatisme sur le tégument en état de tension prurigineuse. Il me faudrait, surtout, exposer la question des lichénisations secondaires, question capitale, non seulement pour les prurigos, mais encore pour les lichens proprement dits.

Mais tout ce qui concerne ce sujet a été, hier, exposé dans deux publications magistrales. L'une est due à Touton, — je l'ai déjà citée plus haut ; — l'autre, de base plus vaste, est de Brocq, qui l'a intitulée : *Nouvelles notes cliniques sur les lichénifications et sur les névrodermites*. Réunies aux mémoires considérables de Tommasoli, à la conception, aux recherches et aux expériences fondamentales de Jacquet, ces publications ouvrent à la grande question des Pruriginoses un vaste champ d'études, une voie large et nouvelle dans laquelle s'avancera la brillante phalange des jeunes dermatologistes qui nous suivent dans la carrière, et qui sauront maintenir la dermatologie au rang le plus élevé et le plus glorieux de la médecine contemporaine.

XIV

En résumé : 1. Les pruriginoses que Willan avait réunies dans l'Ordre des Papules — *Strophulus*, *Lichen*, *Prurigo* — constituent un groupe dermatologique naturel et normal, auquel convient parfaitement la dénomination de Groupe des Prurigos.

2. Le terme de Prurigo, accompagné de qualificatifs adéquats, peut représenter de la manière la plus correcte, et sans la moindre ambiguïté, toutes les affections réunies dans ce groupe uninominal.

L'adoption de cette terminologie, en rétablissant l'unité de radical dénominatif, permettra de mettre fin à la confusion résultant de la multiplicité d'espèces, de formes et de variétés arbitrairement nommées d'après des caractères exclusivement morphologiques.

3. Le mot de « Prurit », dont la signification exacte est de désigner un *symptôme* commun à un grand nombre d'états morbides, n'a pas qualité pour représenter un *syndrome*, et encore moins pour servir de dénomination à une *maladie* ; il doit être restitué, et restreint, à la terminologie symptomatologique.

4. Le groupe des Prurigos, reconstitué, comprend le genre *Prurigo* de Willan, et celles des espèces des genres *Strophulus* et *Lichen* qui avaient été, depuis Hebra, indument disséminées dans les *Érythèmes*, les *Urticaires*, les *Eczémas*. En fait, la plupart d'entre elles, revisées et étudiées à nouveau conformément aux exigences de la dermatologie actuelle, sont déjà réintégrées dans les Prurigos ; il n'y a plus qu'à régulariser et à compléter.

5. L'essai, poursuivi actuellement par quelques dermatologistes éminents, de constituer un nouveau type de *Prurigo fermé*, basé sur un caractère anatomique supposé spécifique, s'il aboutissait, laisserait persister la confusion que nous avons indiquée à l'égard des affections du même ordre nosologique que les Prurigos, et qui resteraient égarées dans les groupes des érythèmes, des urticaires, des eczémas.

6. De base fondamentale, plusieurs espèces de véritables Prurigos — *dermatites prurigineuses*, *multiformes chroniques*, *exacerbantes* — ont des lésions multiples et banales, au premier rang desquelles sont la *lichénisation* et l'*eczématisation* ; elles forment une classe importante parmi les prurigos qui sont liés à des *conditions diathésiques* propres aux sujets atteints ; elles constituent un des types les plus ordinaires des *Prurigos diathésiques*.

7. La névrologie générale et la névropathologie dermatologique ne sont pas assez avancées pour que l'on puisse traiter à fond la question des angionévroses, des névrodermies, des névrodermites, appliquée à la théorie des Prurigos.

8. Quel que soit le mode pathogénique immédiat qui préside à la production du prurit et des lésions primaires ou secondaires de la peau dans les Prurigos, l'existence préalable d'*adulterations sanguines* directes ou indirectes, d'ordre très complexe, présente de très grandes probabilités. Dans cette théorie, les Prurigos seraient des *toxidermies* ou des *autotoxidermies* temporaires, intermittentes, rémittentes, permanentes. Quel qu'il soit, toxique, toxinique, élément propre produit dans le liquide sanguin ou dans les espaces lacunaires, par des réactions secondaires, provoquées ou autonomes, l'irritant actionne les foyers sensitifs de l'axe ou les extrémités périphériques, et crée, avec le prurit ou à sa suite, les troubles de circulation et de

nutrition, qui représenteront la série des lésions primitives parenchymateuses.

9. Le prurit, dans les prurigos, est antérieur et supérieur aux lésions. Le prurit autonome de la papule ou des autres états anatomopathologiques ne se confond ni avec le prurit local préalable, ni avec le prurit diffus qui en dépasse considérablement l'aire et les limites, et qui émane directement des irritations axiales ou périphériques primitives, et non de la lésion, qui est contingente. Le prurit survit aux papules, les papules ne survivent jamais au prurit.

10. Dans les prurigos, l'action directe des conditions pathogènes se borne à produire, dans la peau, un état physio-pathologique, une perturbation sensitive et nutritive, et, pour les formes aiguës, une tension névro-vasculaire plus ou moins élevée; mais elle ne réalise pas communément, à elle seule, ni d'emblée, de lésions de surface. Ces lésions de surface, aiguës, lentes, chroniques, primaires ou secondaires, immédiates ou éloignées, comptent parmi leurs facteurs essentiels, presque toujours nécessaires, les actes traumatiques du grattage, etc. Convenablement et absolument protégée contre les traumatismes de toute sorte, la peau reste indemne de lésions de surface.

LA QUESTION DU PRURIGO (1).

Par M. L. Brocq.

La grande réforme proposée par l'école de Vienne, à propos du lichen et du prurigo des anciens dermatologistes, est actuellement acceptée par presque tous les auteurs. Malgré les tentatives du regretté E. Vidal, le vocable de lichen est réservé au seul lichen ruber et à ses diverses variétés. Pour éviter des discussions stériles, nous (ses élèves directs), nous avons mieux aimé adopter d'autres noms pour désigner son lichen simplex chronique (névrodermite chronique circonscrite), et son lichen simplex aigu (prurigo simplex). Nous avons passé condamnation sur la dénomination qu'il avait proposée de lichen polymorphe ferox pour le prurigo de Hebra.

Mais, dans ces derniers temps, des publications nouvelles ont paru sur la question du *Prurigo*. Tommasoli et nous-même, nous avons étudié une affection à laquelle nous avons donné le nom de *Prurigo temporaire autotoxique* (Tommasoli), de *Prurigo simplex* (Brocq). M. E. Besnierad écrit ses *Prurigos diathésiques*. Ces dénominations nouvelles doivent-elles être conservées?

I. — Si l'on se reporte à la conception Prurigo de l'école de Vienne, on voit que, d'après elle, le mot de Prurigo doit être réservé à une dermatose assez bien définie, éminemment rebelle, prurigineuse, qui débute dans la première enfance par de l'urticaire et par des élevures papuleuses spéciales, qui atteint son maximum de développement aux membres inférieurs et dans le sens de l'extension, et qui a de la tendance à se compliquer de ce que nous appelons des lichénifications, de l'eczéma et des tuméfactions ganglionnaires. Tout ce qui ne répond pas à ce type n'est pas du prurigo pour l'école de Vienne.

(1) Communication au III^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

Or, en étudiant les faits cliniques, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a des cas, soit chez les enfants, soit chez les adultes, dans lesquels on voit des éruptions prurigineuses plus ou moins tenaces et successives, se caractériser uniquement au point de vue objectif par des papules ou mieux par des papulo-vésicules disséminées, absolument analogues comme aspect (Tommasoli-Brocq), et même comme constitution histologique (Tommasoli-Darier), aux élevures papuleuses de début du Prurigo vrai de l'école de Vienne. C'est pour ces faits (l'ancien lichen simplex aigu d'E. Vidal) que Tommasoli a créé le mot de *prurigo temporaire autotozique* (mot mauvais, puisque ces éruptions peuvent avoir des allures successives ou récidivantes des plus nettes), et que nous avons proposé le nom de *Prurigo simplex* pour indiquer que, dans les cas purs de ce type morbide, il ne se produit ni eczéma, ni lichénification.

Peut-on rejeter hors du cadre des Prurigos les faits dont nous venons d'esquisser la physionomie? Ce n'est guère possible, ce nous semble, puisqu'ils présentent des lésions élémentaires (urticaire et papulo-vésicules) identiques, puisqu'ils n'en diffèrent que par l'absence des lésions de l'eczéma et de la lichénification, lésions qui se produisent secondairement dans le Prurigo de Hebra pour arriver à modifier la scène morbide. Nous le croyons d'autant plus impossible, qu'entre ces deux types existe toute une série de faits de passage.

D'ailleurs, entre le type *prurigo simplex* et le type urticaire vraie, il existe aussi toute une série de faits de passage répondant à ce que les anciens dermatologistes désignaient sous le nom générique de *Strophulus*.

Pour nous donc, le groupe Prurigo de l'école de Vienne se trouve complété sans être le moins déformé par l'adjonction de ce *prurigo simplex*, qui en est comme la forme la plus atténuée. Cela nous semble définitivement acquis.

II. — Tout à côté du Prurigo de Hebra, sinon dans ce groupe même, on doit ranger une forme morbide assez spéciale à laquelle E. Vidal et nous-mêmes, nous avons donné le nom de *Prurigo ferox*. Elle est caractérisée, au point de vue objectif, par des papules assez volumineuses, d'une grosseur variant de celle d'une grosse tête d'épingle à celle d'un gros pois, et même davantage, d'un rouge pâle ou d'un rouge vif, presque toujours excoriées quand on les observe; mais parfois, on peut en voir d'entières, et, dans ce cas, elles présentent souvent à leur sommet un soulèvement plus ou moins marqué de l'épiderme, par de la sérosité transparente ou opaline. Ces éléments sont disséminés çà et là sur tout le corps, sans aucun ordre, et évoluent par poussées successives avec une extraordinaire ténacité; nous n'avons jamais constaté de guérison dans les cas rares que nous avons observés.

Le prurit est, dans cette forme éruptive, d'une intensité extrême, et cependant les lichénifications dermiques ne sont jamais qu'assez peu accentuées. Cette dermatose diffère du type Prurigo par les dimensions beaucoup plus considérables de la lésion élémentaire, par son peu de tendance à se compliquer d'eczéma et de lichénifications.

Si l'on juge que les différences qui existent entre les lésions élémentaires de ces deux types soient capitales, ce que nous comprendrions sans peine, nous admettrions volontiers que, pour l'impeccable correction du langage dermatologique, on ne donnât plus à cette affection le nom de *Prurigo ferox* Vidal, que nous avons proposé dans notre dernier article (Diseases of the skin; Twentieth century practice of medicine, t. V.), et qu'on l'appelât, par exemple, *dermatitis ferox Vidal*. Mais ses relations d'ensemble avec le Prurigo type sont évidemment des plus étroites, et elle doit plutôt, ce nous semble, en être considérée comme une simple variété.

III. — En 1892, M. le Dr E. Besnier, dans un travail des plus remarquables, a créé un vocable nouveau, celui de *Prurigo diathésique* pour toute une série de faits assez analogues au Prurigo de Hebra, ne rentrant pas

cependant d'une manière absolue dans le cadre étroit tracé par l'école de Vienne, et qui peuvent être définis, d'après lui, des dermatites multi-formes prurigineuses chroniques exacerbantes et paroxystiques.

La caractéristique de cette nouvelle conception, c'est l'absence d'une lésion élémentaire pathognomonique du groupe. Nous renvoyons, pour plus de détails sur ce point, au magistral article de M. E. Besnier. Tous les cas que ce maître éminent y fait rentrer ne sont donc pas des prurigos au sens de l'école de Vienne puisque l'on ne retrouve pas toujours dans ces faits la papulo-vésicule que nous venons de voir être la caractéristique du groupe Prurigo.

Et voici qu'elle est la question qui se pose. Doit-on réserver le mot de Prurigo aux seules dermatoses dans lesquelles on observe, au moins au début, la papulo-vésicule caractéristique ? Ce premier parti serait, ce nous semble, ce qu'il y aurait de plus sage, car on éviterait ainsi toutes les confusions et l'on aurait une terminologie de la plus grande précision. Doit-on, au contraire, élargir le sens du mot Prurigo et admettre qu'à côté du prurigo simplex, du prurigo-type de Hebra, il y a un prurigo ferox Vidal, des prurigos diathésiques, des prurigos parasitaires ? Tout cela n'est, en somme, au fond, qu'une affaire de convention à conclure.

Nous nous permettrons, cependant, de formuler les réserves suivantes. Si l'on dépouille le mot de Prurigo du sens rigoureusement précis au point de vue objectif que nous aimerions mieux lui voir conserver, le terme de Prurigo diathésique a un sens tellement large que l'on sera forcé de le préciser, et, dans ce cas, on pourrait peut-être adopter la nomenclature que nous avons proposée dans un de nos derniers articles, le mot de Prurigo ne signifiant plus alors que dermatose prurigineuse, s'accompagnant d'une éruption visible.

1° *Prurigo diathésique à forme objective de lichénification pure circonscrite*, pour désigner le lichen simplex chronique, notre névrodermite chronique circonscrite ;

2° *Prurigo diathésique à forme objective de lichénification diffuse*, pour désigner nos névrodermites diffuses ;

3° *Prurigo diathésique à forme objective eczémato-lichénienne*, pour désigner les Prurigos diathésiques vrais de M. E. Besnier ;

4° *Prurigo diathésique à forme objective de prurigo simplex*, pour désigner le lichen simplex aigu d'E. Vidal (Prurigo temporaire auto toxique de Tommasoli, Prurigo simplex de Brocq) ;

5° *Prurigo diathésique à forme objective de prurigo de Hebra*, pour désigner le Prurigo de Hebra ;

6° *Prurigo diathésique à forme objective de prurigo ferox*, pour désigner le prurigo ferox d'E. Vidal.

Mais, nous le répétons, nous aimerions mieux réserver le nom de Prurigo aux seules dermatoses dont la lésion élémentaire capitale est la papulo-vésicule dont nous avons parlé plus haut, et, dans ce cas, on pourrait adopter la nomenclature suivante :

1° *Névrodermite chronique circonscrite*, pour le lichen simplex chronique d'E. Vidal, dermatose dans laquelle les lésions objectives sont constituées, par des lichénifications circonscrites accentuées ;

2° *Névrodermites diffuses*, pour les dermatoses prurigineuses diffuses qui ont comme lésions objectives des lichénifications superficielles ;

3° *Névrodermite à forme objective eczémato-lichénienne*, pour les Prurigos diathésiques de M. E. Besnier ;

4° *Prurigo simplex*, pour l'ancien lichen simplex aigu d'E. Vidal ;

5° *Prurigo de Hebra*, pour le Prurigo typique de Hebra ;

6° *Prurigo ferox Vidal*.

Chaque forme morbide est ainsi désignée d'une manière précise qui ne prête à aucune ambiguïté. D'ailleurs, elles sont toutes unies entre elles par les liens les plus étroits, ainsi que nous l'avons fait remarquer en 1892 dans notre communication au Congrès de Vienne, sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens. Nous y avons montré que les

prurits sans lésions objectives (nos névrodermies), les névrodermites, les prurigos diathésiques, le prurigo de Hebra, le prurigo simplex, les urticaires chroniques, et même la dermatite herpétiforme, constituaient, dans leur ensemble, un groupe énorme d'affections offrant l'apparence d'une seule et même famille pathologique. Mais il est nécessaire de préciser et de différencier, au point de vue objectif, les diverses variétés de dermatoses qui la constituent.

IV. — Pour pouvoir trancher d'une manière définitive la question de terminologie que nous venons de poser, il faudrait étudier la papulo-vésicule du Prurigo simplex et du Prurigo de Hebra, et voir si elle constitue réellement un élément pathognomonique spécial à ces affections, ou bien si c'est, au contraire, une lésion élémentaire banale que l'on rencontre dans certains eczémas, dans nombre de dermatoses prurigineuses, dans les affections parasitaires. C'est là un point des plus délicats, et qui demandera sans doute, pour être résolu d'une manière définitive (si tant est qu'elle puisse l'être jamais), de fort minutieuses recherches histologiques. Ce qui est exact, c'est qu'en effet on peut rencontrer chez des enfants qui semblent n'avoir qu'un peu d'urticaires et des parasites, des éléments papulo-vésiculeux analogues d'aspect à ceux du prurigo simplex. On peut également, quoiqu'avec une moindre fréquence, en observer chez certains adultes atteints de gale ou de phthiriasé.

On ne doit pas confondre la papulo-vésicule arrondie, hémisphérique, du prurigo, avec les papulo-vésicules ou les papulo-pustules que l'on rencontre dans les eczémas papuleux prurigineux, dans certains lichen ruber, et qui sont d'un rouge écarlate, acuminées, infiltrées, presque toujours agglomérées en quelque endroit, quoiqu'il y en ait de disséminées.

Les cas dans lesquels des lésions objectivement analogues aux papulo-vésicules du prurigo simplex s'observent, sans que le diagnostic de prurigo simplex ou de prurigo de Hebra soit absolument indiscutable, nous paraissent pouvoir être divisés en deux catégories, en admettant, ce qui n'est pas prouvé, qu'on arrive dans la suite à identifier vraiment les lésions élémentaires dont nous parlons.

a) Les papulo-vésicules sont rares, discrètes, passagères, et elles n'ont plus, dans ces cas, qu'un intérêt théorique ; elles n'offrent, en effet, ni dans leur évolution, ni dans leur ensemble, ni dans la physionomie générale de l'éruption, rien de commun avec les affections auxquelles on s'accorde aujourd'hui à donner le nom de prurigo ; c'est, nous le répétons, à l'analyse clinique minutieuse et à l'histologie à élucider ce point de théorie pure.

b) Dans quelques cas de gale ou de phthiriasé, ces papulo-vésicules sont nombreuses, successives ; elles offrent bien l'aspect d'un prurigo simplex, et cependant elles disparaissent parfois, pas toujours néanmoins, lorsque l'on a supprimé le parasite. On nous concédera bien que ces faits sont des gales ou des phthiriasés à allures étranges et peu ordinaires, que même alors la papulo-vésicule ne peut guère être considérée comme un symptôme direct de l'affection parasitaire. Pour nous il s'agit alors d'individus dont les téguments réagissent sous l'influence d'excitations diverses dans le sens *prurigo simplex*, et, quand ils ont des acares ou des poux, ils ont tout naturellement, de par l'irritation provoquée par ces parasites, une poussée de leur prurigo. Quand les parasites sont détruits, tout peut rentrer dans l'ordre ; parfois, cependant, l'ébranlement apporté à l'équilibre de l'économie a été suffisant pour que l'éruption persiste encore pendant quelque temps à l'état de *prurigo simplex*. Les parasites ne sont donc pas, d'après nous, dans ces faits, la cause complète, exclusive, de l'éruption ; ils ne jouent que le rôle de cause déterminante, au même titre que l'aurait fait une intoxication alimentaire, ou toute autre cause occasionnelle. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'éruption de *prurigo simplex* s'exaspère fréquemment avec le parasitisme et coïncide avec lui, surtout chez les enfants.

Nous concluons donc en disant que, bien que la spécificité de la

papulo-vésicule du Prurigo ne soit pas démontrée, bien qu'il y ait quelques réserves à faire sur ce point, il n'en est pas moins vrai que cette lésion élémentaire constitue le symptôme objectif capital du groupe Prurigo, tel que l'admettent encore aujourd'hui la plupart des dermatologistes. Comme conséquence logique de cette proposition, on devrait désormais, pour éviter toute confusion, choisir d'autres dénominations que celle de Prurigo pour les simples lésions de grattage consécutives aux affections parasitaires (Prurigos parasitaires vrais), pour les névrodermites et pour les dermatoses qui sont comprises dans les prurigos diathésiques de M. E. Besnier.

Mais, en somme, ce ne sont là que des querelles de mots, et, comme nous l'avons dit plus haut, nous sommes prêts à accepter tout ce que l'on décidera à cet égard, pourvu que l'on s'entende, pourvu surtout que l'on veuille bien admettre les groupes, leur intime constitution, et l'importance des lésions objectives.

V. — Au point de vue pathogénique, les Prurigos vrais, comme nos névrodermites, comme les Prurigos diathésiques, nous paraissent devoir être considérés comme des modes divers de réaction de la peau, incitée par les agents morbides les plus disparates : telle crise cutanée semble, en effet, avoir été provoquée par une intoxication alimentaire, telle autre par une viciation de la fonction rénale, telle autre par une variation de la température, par une vive émotion, etc... Ces causes diverses déterminent d'ordinaire du prurit, et, sous l'influence des traumatismes, les lésions cutanées se produisent : c'est ce qu'a montré M. Jacquet dans des travaux fort connus, et sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister, pas plus que sur notre théorie de la lichénification. Or, ces lésions cutanées revêtent telle ou telle forme, suivant les prédispositions héréditaires ou acquises de l'individu. Elles peuvent donc avoir des aspects analogues, sinon la même intensité pendant toute la vie du patient, ou bien varier plus ou moins de physionomie, suivant les phases diverses de son existence et l'évolution de son organisme.

Les uns réagissent sous la forme de l'urticaire, les autres sous la forme de Prurigo simplex, d'autres sous la forme du Prurigo de Hebra, d'autres sous la forme de névrodermites, etc., d'autres enfin d'une manière intermédiaire à ces divers types. En envisageant ainsi les faits, il n'y a pas plus de difficultés à admettre les formes hybrides qu'il y en a à admettre les types purs que nous ne créons, en réalité, que pour les besoins de la description.

Cette interprétation (interprétation qui s'étend à toutes les dermatoses qui n'ont pas pour cause directe un agent extérieur bien défini, agent vulnérant ou parasite, lequel gouverne la forme objective de la lésion cutanée), cette interprétation, disons-nous, permet de comprendre les allures, la ténacité des prurigos et des névrodermites ; elle permet aussi de comprendre pourquoi leur pathogénie paraît être si complexe : les dermatologistes discutent pour savoir si ce sont des toxémies, des affections d'origine nerveuse, etc. Il est probable qu'elles peuvent se développer sous l'influence de toutes les causes qui ont été incriminées. Ces causes agissent, comme nous venons de le dire, sur l'organisme ; les téguments (qui constituent chez le sujet donné le point vulnérable) réagissent suivant le mode objectif particulier à l'individu.

Conçues de cette manière, ces affections, si troublantes et si obscures au premier abord, nous paraissent relativement faciles à comprendre.

SUR LES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

AVEC LES MALADIES DE LA PEAU AUTRES QUE LE LUPUS VULGAIRE

Rapport présenté au *III^e Congrès international de dermatologie
et de syphiligraphie.*

Par M. le Dr **H. HALLOPEAU.**

Cette question a été traitée excellemment, bien qu'à des points de vue un peu différents, dans nos ouvrages classiques de dermatologie, particulièrement dans ceux de MM. Kaposi et Besnier, de M. Radcliffe Crocker, de M. Brocq et de M. Unna, ainsi que dans les belles leçons de M. Hutchinson, dans le livre de M. Du Castel, dans l'article de M. Thibierge (1) et dans la grande monographie du médecin éminent dont l'école française déplore la perte si prématurée, de Leloir (2), l'un des vice-présidents de ce congrès.

Cependant, les progrès de notre science sont si rapides qu'un certain nombre de traits importants peuvent être aujourd'hui ajoutés aux travaux de ces auteurs ; nous verrons qu'ils sont de nature à modifier la conception générale des tuberculoses cutanées ; ce sont eux surtout que nous nous efforcerons de mettre en relief.

Mais auparavant, il nous faut limiter notre sujet.

I

CARACTÈRES AUXQUELS ON PEUT RECONNAÎTRE QU'UNE DERMATOSE EST UNE MANIFESTATION DE LA TUBERCULOSE OU QU'ELLE EST SEULEMENT FAVORISÉE DANS SON DÉVELOPPEMENT PAR CETTE INFECTION.

Quatre faits peuvent isolément permettre d'affirmer la nature tuberculeuse d'une affection cutanée ; ce sont : 1^o la possibilité de transmettre la tuberculose par l'inoculation en série des produits morbides ; 2^o la présence de bacilles caractéristiques dans le tissu atteint ; 3^o ce que nous appelons des INTRA-INOCULATIONS (3), c'est-à-dire, pour ce cas particulier, la genèse d'une dermatose par prolifération d'altérations nettement tuberculeuses, et récipro-

(1) *Revue des sciences médicales*, 1893.

(2) Ce travail était imprimé lorsque nous avons eu connaissance des remarquables articles que M. Jadassohn a fait paraître récemment sur le lupus érythémateux et les altérations tuberculeuses de la peau, dans le *Traité* de MM. LUBARSCH et OSTERTAG.

(3) H. HALLOPEAU. *Le Musée de l'hôpital Saint-Louis*, fasc. XIX, p. 143.

quement, la production de tuberculoses consécutivement au développement de cette dermatose ; nous verrons qu'il en est ainsi pour le lichen scrofulosorum et pour les folliculites suppuratives des tuberculeux ; ces derniers faits n'ont toute leur valeur que s'il s'agit de dermo-tuberculoses nettement différenciées ; 4° l'apparition d'éruptions différenciées, telles que celles du lichen scrofulosorum, sous l'influence des inoculations de tuberculine.

Le développement, au voisinage de lésions douteuses, d'affections tuberculeuses banales, telles que les adénopathies, a une valeur moindre, car il peut n'y avoir là qu'une simple coïncidence ou ces manifestations peuvent se développer sous l'influence de localisations profondes ; c'est ainsi que nous avons vu, avec M. Jeanselme, se produire, chez un lépreux, des adénopathies tuberculeuses ; néanmoins ces tuberculisations ganglionnaires, lorsqu'elles surviennent dans la sphère lymphatique d'une dermatose, constituent de fortes présomptions en faveur de sa nature tuberculeuse : nous citerons pour témoins les adénopathies tuberculeuses que nous avons vues, avec le même collaborateur (1), se développer au voisinage d'un lupus érythémateux.

La constatation, par l'examen histologique, de lésions ayant les caractères du nodule tuberculeux, et particulièrement la présence de cellules géantes, sont également des arguments puissants en faveur d'une affection tuberculeuse ; on ne peut dire cependant qu'elles soient pathognomoniques, car on peut trouver des altérations très analogues dans d'autres dermatoses.

La coexistence, chez un sujet atteint d'une dermatose dont la nature est contestable, d'antécédents tuberculeux ou de manifestations de même nature, sont des présomptions qui ont leur valeur, mais ne peuvent être considérées comme décisives en faveur de la nature tuberculeuse de cette affection ; il est même certain que, pour certaines dermatoses, la tuberculose offre seulement un terrain favorable : tels sont le pityriasis versicolor et, sans doute aussi, le pityriasis rubra de Hebra ; les statistiques de M. Jadassohn établissent, en toute évidence, qu'il y a des rapports de causalité entre cette dernière maladie et la tuberculose, mais rien ne permet cependant de penser qu'elle soit elle-même de nature tuberculeuse.

Il faut de même attacher une importance réelle, mais non une signification décisive, aux réactions banales, sous l'influence de la tuberculine, qu'elles soient locales ou générales.

Aucune des conditions que nous venons d'énumérer ne peut être considérée comme *sine qua non* : une lésion manifestement tuberculeuse peut n'être pas inoculable et ne pas renfermer de bacilles :

(1) H. HALLOPEAU et E. JEANSELME. Sur la nature du lupus érythémateux. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888.

il en a été ainsi maintes fois pour le lupus verruqueux et l'on peut dire que c'est la règle pour le lichen scrofulosorum ; c'est que les bacilles peuvent être très peu nombreux et même faire complètement défaut : l'action de la tuberculine confirme, en effet, que la tuberculose peut donner lieu, comme nous l'avons démontré avec M. Wickham dès 1888 (1), à des éruptions cutanées toxiques et non bacillaires ; d'autre part, il est très vraisemblable que le bacille n'est pas la forme unique sous laquelle se présente l'agent infectieux de la tuberculose : l'on a décrit des zooglyphes que l'on a considérées comme telles.

II

PATHOGÉNIE GÉNÉRALE ET CLASSIFICATION

Nos classiques ont distingué de nombreuses formes de tuberculose cutanée, et nous essaierons de montrer que ce champ doit encore s'accroître : diverses circonstances permettent de s'expliquer cette diversité.

A. — La peau est un organe de structure complexe dont les divers éléments peuvent réagir isolément et différemment sous l'influence de la tuberculose en raison de conditions indéterminées (2) ; nous en avons pour témoins les lésions du lichen scrofulosorum limitées, comme celles des folliculites, aux glandes de la peau ou au tissu qui les entoure, le développement des gommes cutanées aux dépens des dilatations lymphatiques, le siège prédominant de la tuberculose verruqueuse dans le corps papillaire ; nous devons dire cependant que les études histologiques sont incomplètes à ce point de vue et que trop souvent les investigateurs ne paraissent pas avoir suffisamment distingué les lésions initiales et primordiales d'un foyer tuberculeux des altérations concomitantes qu'elles ont pu entraîner dans les parties qui les avoisinent.

B. — Les différents sujets, par suite de conditions indéterminées qui peuvent résulter, soit de l'hérédité, soit de modifications acquises, soit de la prédominance du système lymphatique, réagissent différemment sous l'influence des infectieux tuberculeux ; c'est ainsi que nous verrons les ulcérations consécutives à l'envahissement de la peau par les néoplasies tuberculeuses sous-jacentes, tantôt rester isolées au milieu de parties saines, tantôt se propager dans les téguments ambiants sous la forme, soit de lupus vulgaire, soit de tuberculose verruqueuse, soit de gommes serpigineuses ou en traînées sur

(1) H. HALLOPEAU et WICKHAM. Congrès de la tuberculose, 1888.

(2) H. HALLOPEAU. Sur les différentes formes de tuberculose cutanée et leurs localisations. *Union médicale*, 1893.

le trajet des lymphatiques, soit de lésions pustulo-ulcéreuses, soit de folliculites suppuratives.

C. — Le mode de réaction varie avec l'âge ; le lichen scrofulosorum est l'apanage de l'enfance et de l'adolescence et les folliculites suppuratives se développent de même plus fréquemment dans ces périodes de la vie.

D. — L'agent infectieux peut agir et se présenter sous des formes diverses.

a) *Le plus habituellement il s'agit d'un bacille. Il peut être identique à celui de Koch : il en est ainsi dans les tuberculoses cutanées qui se développent chez les phthisiques avancés autour des orifices et sont remarquables par leur puissance destructive. Plus souvent, au contraire, ce bacille est modifié en ce sens qu'il a peu de tendance à se multiplier, qu'il est difficilement inoculable. Il semble bien que le derme lui offre un milieu peu favorable ; c'est à lui, plus qu'à toute autre partie de l'organisme, qu'est applicable cette proposition du professeur Bouchard : « la tuberculose n'est pas une maladie de l'homme ». La bacille s'y modifie et les propriétés nocives de ses générations successives s'y trouvent très atténuées, alors même qu'elles se trouvent transportées et exercent leur action pathogénique dans d'autres organes ; nous en avons pour preuves la marche exceptionnellement lente et la bénignité relative des manifestations pulmonaires qui peuvent accompagner ces tuberculoses cutanées ainsi que l'absence habituelle d'autres complications viscérales.*

Il est possible que cette virulence soit modifiée dans les cas de lupus destructifs sans qu'il soit besoin d'invoquer, pour expliquer ces faits, l'intervention d'autres microbes pathogènes.

Ces bacilles peuvent sans doute agir *mécaniquement* sur les parties ambiantes, mais c'est surtout par l'*intermédiaire des toxines* qu'ils sécrètent que l'on s'explique leur action ; ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, une pure hypothèse, mais un fait mis en évidence par les expériences nombreuses qui ont été faites avec la tuberculine et aussi par la propriété qu'a reconnue M. Straus (1) aux cadavres des bacilles tuberculeux de garder, après leur mort, une grande partie des propriétés pathogènes caractéristiques des bacilles vivants ; c'est à l'intensité virulente variable de ces produits et au mode de réaction différent des diverses parties de la peau sous leur influence qu'il faut surtout attribuer les formes diverses que peut revêtir la tuberculose cutanée.

Nous aurons à étudier, comme tuberculoses cutanées bacillaires distinctes des lupus vulgaires, le *lupus scléreux et verruqueux*, le *tubercule anatomique*, les *tuberculoses gommeuses*, les *tumeurs*

(1) I. STRAUS. *La tuberculose et son bacille*, 1895.

tuberculeuses, les tuberculoses ulcéreuses et pustulo-ulcéreuses.

b) Selon toute vraisemblance, l'agent infectieux de la tuberculose peut se présenter sous une forme distincte du bacille : on sait que des tuberculoses zooglées ont été admises, notamment par MM. Malassez et Vignal (1) ainsi que par MM. Grancher et Ledoux-Lebard (2); nous verrons que le développement dans la peau d'une de ces formes distinctes du bacille de H. Koch est la cause probable de cette dermatose énigmatique qui a pour nom *lupus érythémateux* et aussi sans doute des *lupus engelure* d'Hutchinson et *lupus pernio* de Besnier; ils ont pour caractères d'être destructifs, envahissants, de pouvoir engendrer des toxines se diffusant dans la plus grande partie du tégument et y déterminant une réaction spéciale, de n'être pas hétéro-inoculables et de présenter une structure distincte de celle des autres lésions tuberculeuses.

c) Enfin, les toxines pathogéniques peuvent provenir de foyers éloignés des régions où elles se localisent; il se fait, en pareil cas, une éruption secondaire comparable à celles que l'on observe dans la grippe ou dans le déclin des fièvres typhoïdes, des pneumonies infectieuses, etc., mais plus durable par cette raison que la source de ces toxines persiste alors dans l'organisme. Les dermatoses auxquelles on peut attribuer cette origine sont le *lichen scrofulosorum*, les *acnés des cachectiques* et des *scrofuleux*, une partie des *folliculites suppuratives isolées*, ces mêmes folliculites agminées en placards, et des *érythèmes*.

Ces dermatoses ont pour caractères communs de se développer chez des sujets atteints de tuberculose, de ne pas être destructives, de céder d'ordinaire facilement à l'action thérapeutique, et de n'être pas hétéro-inoculables.

Nous aurons à étudier successivement les trois catégories d'affections tuberculeuses de la peau que nous venons d'énumérer.

Nous aurons ensuite à signaler de fréquentes formes mixtes et aussi à rechercher dans quelle mesure l'eczéma est en rapport avec la tuberculose; nous aurons enfin à nous occuper de dermatoses pour lesquelles la tuberculose constitue seulement un terrain favorable.

III

FORMES CLINIQUES

A. — Tuberculoses cutanées bacillaires.

Pour ce qui est des formes décrites dans nos classiques, nous indiquerons seulement les faits nouveaux ou contestés.

(1) MALASSEZ et VIGNAL. Tuberculose zooglée. *Soc. de biologie*, 1883.

(2) GRANCHER et LEDOUX-LEBARD. Recherches sur la tuberculose zooglée. *Arch. de médecine expérimentale*, 1889-1890. (Ces faits sont contestés.)

a) *Lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, tuberculose papillomateuse de MM. Besnier, Debove et Brissaud* (1). — Cette forme a été décrite en premier lieu par Vidal sous le nom de *lupus scléreux*; plusieurs moulages de notre musée de Saint-Louis en font foi; MM. Riehl et Paltauf l'ont plus complètement étudiée sous la dénomination de *tuberculose verruqueuse*; elle doit ses caractères propres à sa localisation dans le corps papillaire avec altérations concomitantes de l'épiderme et le plus souvent aussi du derme (Darier); le mode particulier de réaction du corps papillaire que suppose cette forme végétante se rencontre surtout, mais non exclusivement, aux extrémités.

Chaque fois que, primitivement ou secondairement, le corps papillaire se trouve envahi par le contagion, il peut réagir sous la forme de cette tuberculose verruqueuse; c'est le plus souvent par le fait de l'inoculation d'agents tuberculeux provenant du contact avec des produits infectés de bacilles; c'est parfois, chez des tuberculeux, par auto-inoculation; ce peut être aussi, bien que plus rarement, par ce que nous appelons des *intra-inoculations*: c'est-à-dire qu'une tuberculose verruqueuse peut se développer par propagation au corps papillaire d'un foyer primitif localisé, soit dans les os, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les ganglions.

On sait que cette tuberculose s'accompagne fréquemment de suppurations, le plus souvent en foyers miliaires: il est probable que c'est par l'intermédiaire de toxines pyogènes, car le tissu de ces lupus est généralement pauvre en bacilles; leur recherche a donné lieu plusieurs fois à des observateurs consciencieux des résultats négatifs; cette hypothèse est aussi vraisemblable que celle de MM. Riehl et Paltauf qui attribue ces suppurations à l'intervention de microbes associés, car nous avons établi, avec M. Wickham, nous le rappelons de nouveau, que les agents infectieux de la tuberculose sont par eux-mêmes pyogènes (2).

M. Étienne (3) a admis, suivant le mode d'altération de l'épiderme, une forme papillo-cornée et une papillo-crustacée.

b) *Tubercule anatomique*. — Il présente dans sa structure les plus grandes analogies avec la forme précédente; il peut comme elle devenir le point de départ d'une lymphangite gommeuse ascendante; aussi la plupart des auteurs tendent-ils à les regarder comme identiques; d'accord avec M. Knickenberg (4), nous ne considérons pas cette assimilation comme pleinement justifiée: d'une part, il n'est pas établi que tous les tubercules anatomiques soient de nature bacillaire; d'autre part, la marche et l'évolution du tubercule ana-

(1) DEBOVE. *Jour. des mal. cut.*, 1890, t. II, p. 350.

(2) *Loc. cit.*

(3) ÉTIENNE. *Ann. de dermat.*, 1895.

(4) KNICKENBERG. *Arch. f. Dermat.*, 1894.

tomique diffèrent de celles de la tuberculose verruqueuse; il n'a pas la même tendance à s'étendre en surface; il peut gagner en profondeur et intéresser le squelette et s'y propager avec une remarquable puissance d'infection. Il en a été ainsi chez l'étudiant dont Verneuil a communiqué l'observation, en 1884, à l'Académie: nous avons pu suivre ce malade et constater chez lui l'envahissement progressif de tout le squelette du bras et ultérieurement du rachis; nous ne connaissons pas de tuberculose verruqueuse dans laquelle on ait observé rien de semblable; manifestement, le tubercule anatomique peut offrir une virulence et des caractères cliniques très divers suivant la source dont il émane, suivant la profondeur à laquelle a pénétré l'agent de contamination et suivant aussi que les tissus traversés constituent des terrains plus ou moins favorables au développement du contag.

Ces considérations sont applicables à toutes les inoculations tuberculeuses dont les résultats sont éminemment variables, puisque les caractères des néoplasies qu'elles engendrent permettent de les rattacher, tantôt aux formes précédentes, tantôt au lupus vulgaire, tantôt à la tuberculose ulcéreuse, tantôt aux infiltrations gommeuses disposées suivant le trajet des lymphatiques ou en groupes serpigneux.

c) *Tuberculoses gommeuses* (1). — Ces altérations sont constituées par la tuberculose des lymphatiques; elles peuvent être sous-cutanées ou intra-cutanées; elles diffèrent des nodules lupiques, par leur volume souvent plus considérable, par leur coloration violacée et livide, et surtout par leur tendance à se caséifier, à se ramollir rapidement et à devenir l'origine de trajets fistuleux.

Nous avons montré, avec MM. Jeanselme et Goupil (2) qu'elles peuvent se développer au niveau de varices lymphatiques; leur relation avec le système lymphatique avait été d'autre part mise en évidence par les faits dans lesquels ces tumeurs étaient échelonnées sur le trajet de ces vaisseaux.

La peau peut n'être intéressée que passivement par ces gommes: la tumeur, primitivement hypodermique, vient se faire jour et s'ulcérer à la surface; il en résulte une fistule qui souvent persiste, entourée d'une saillie indurée et violacée, pendant plusieurs mois sans se modifier; cette lésion peut rester circonscrite autour de cet orifice fistuleux sans présenter aucune tendance à se propager dans le derme, non plus que dans le corps papillaire; c'est même ainsi que les

(1) M. Jadassohn désigne ces altérations sous les noms de *scrofuloderma* ou *tuberculose colligative*. Ni l'une ni l'autre de ces appellations ne nous paraît devoir être adoptée: d'une part, la scrofule n'est pas la tuberculose; d'autre part, la colligation n'est pas constante dans ces dermatoses.

(2) H. HALLOPEAU et GOUPIL. Lymphangite gommeuse de nature probablement tuberculeuse. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1890.

choses se passent le plus fréquemment ; il est manifeste qu'en pareil cas la peau n'offre pas un terrain favorable à la pullulation des agents tuberculeux qui se sont développés profondément dans le système lymphatique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Comme l'a bien établi M. Jeanselme (1), cette ouverture fistuleuse peut devenir rapidement ou tardivement (parfois après cicatrisation) le point de départ d'un *lupus vulgaire* : nous en avons encore un exemple sous les yeux dans notre service ; d'autres fois, c'est un *lupus verruqueux* qui se développe ainsi secondairement ; d'autres fois, il s'agit de *folliculites suppuratives* ; enfin la *tuberculose gommeuse* peut se propager, soit suivant le trajet des lymphatiques, soit, comme l'a signalé M. Riehl et comme nous l'avons nous-même observé, en foyers *serpigineux* ; dans ceux-ci, les éléments éruptifs ne présentent plus toujours les caractères reconnus précédemment aux tumeurs gommeuses ; ils ont la même consistance ferme, la même coloration violacée, mais ils peuvent persister longtemps sans subir la caséification ni le ramollissement central ; ils peuvent aussi se continuer avec des nodules lupiques ; il y a des transitions insensibles entre les deux types de tuberculose ; ce sont des formes intermédiaires.

Nous verrons bientôt que ces tumeurs gommeuses peuvent elles-mêmes se développer consécutivement aux autres formes de tuberculose cutanée ; la variété décrite récemment par M. Riehl, sous le nom de *tuberculose fongueuse de la peau*, nous paraît rentrer dans le groupe des tuberculoses gommeuses.

d) *Tumeurs tuberculeuses*. — Dans cette forme, dont on doit surtout la description à M. Doutrelepont (2), les tubercules forment des masses volumineuses, généralement multiples et isolées, dont l'aspect rappelle celui du mycosis ou du sarcome : molles, de consistance élastique, squameuses, elles peuvent persister sans tendance à l'ulcération.

Des néoplasies analogues peuvent se grouper et s'ulcérer : MM. Riehl (3), Wickham et Gastou (4) ont publié des faits de cette nature.

e) *Tuberculoses ulcéreuses*. — La plupart des tuberculoses cutanées aboutissent à l'ulcération ; mais, à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquelles l'ulcération devient le phénomène prédominant.

Parmi celles-ci, il faut distinguer, en premier lieu, la *forme ulcé-*

(1) E. JEANSELME. De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888.

(2) DOUTRELEPONT. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, Bd. XX, p. 46.

(3) RIEHL. *Monatsh.*, t. XX, p. 689.

(4) WICKHAM et GASTOU. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1896.

reuse primitive, puis la *tuberculose ulcéreuse miliaire* qui détruit la peau au fur et à mesure qu'elle s'y développe, se manifeste presque exclusivement au voisinage des orifices qui en sont le point de départ et coïncide constamment avec une phthisie pulmonaire, à marche généralement rapide; on ne voit qu'exceptionnellement un *lupus vulgaire* ou une autre forme de tuberculose cutanée se développer en continuité avec cette forme ulcéreuse. Sans doute, l'activité nocive du bacille, est, en pareil cas, trop grande pour que ces processus à marche lente, ces tuberculoses atténuées et relativement bénignes, puissent se manifester (1).

Ces ulcérations peuvent avoir tendance à se cicatriser partiellement, mais elles ne deviennent qu'exceptionnellement papillomateuses ou végétantes.

Il faut distinguer de ces ulcérations des phthisiques celles qui viennent compliquer d'autres formes de tuberculose cutanée ou profonde (2).

Habituellement végétantes, elles diffèrent des précédentes par ce caractère ainsi que par leur siège généralement éloigné des orifices et l'absence de lésions tuberculeuses à marche rapide des voies respiratoires.

Dans certains cas, comme l'a montré M. Doutrelepon, un ulcère tuberculeux peut *simuler un ulcère variqueux* au point qu'un examen bactériologique et le criterium de l'inoculation doivent intervenir pour fixer le diagnostic.

D'autre part, le même auteur (3) a vu des ulcérations serpiginieuses d'origine gommeuse *simuler un chancre phagédénique*.

En résumé, il y a lieu surtout de distinguer, parmi ces tuberculoses ulcéreuses, une forme primitive, la *tuberculose miliaire* aiguë des phthisiques, la *tuberculose secondaire végétante* et les *ulcérations chancrifformes*; il faut y ajouter les formes *pustulo-ulcéreuses* sur lesquelles nous allons revenir.

f) *Tuberculoses suppuratives*. — Ainsi que nous l'avons indiqué déjà, nous avons établi en 1888, avec M. L. Wickham, que la *tuber-*

(1) Cette tuberculose des phthisiques peut prendre parfois une extension considérable. Chez un malade que nous avons récemment sous les yeux, ses dimensions péri-anales atteignaient 12 centim. d'avant en arrière sur 8 transversalement.

(2) Notre musée de Saint-Louis s'est enrichi récemment de deux beaux spécimens de ces ulcérations secondaires : dans l'un, qui a été moulé d'après un malade de M. Du Castel, une tuberculose gommeuse et ulcéreuse de l'avant-bras en foyers multiples non confluentes a abouti à la formation, sur la moitié inférieure du dos de la main, d'une large masse ulcéreuse et végétante; l'autre représente un cas observé par M. Danlos : un large placard ulcéreux et végétant y occupe presque toute la plante du pied; il forme un relief de près d'un centimètre; à son pourtour, se trouvent des lésions planes non ulcérées d'apparence lichénoïde.

(3) DOUTRELEPON. *Arch. de dermat.* 1896, p. 278.

culose cutanée peut, par elle-même, indépendamment de toute autre association microbienne, être pyogénique (1).

Ces suppurations ainsi produites sont dues en toute évidence à l'action des toxines produites par l'infectieux, soit que ces toxines aient une virulence plus active, soit que les sujets réagissent sous cette forme en raison d'une prédisposition de nature indéterminée.

Ces suppurations peuvent se présenter sous des formes diverses : elles existent nécessairement dans toutes les variétés ulcéreuses précédemment étudiées ; nous les verrons se développer autour des glandes pilo-sébacées dans la forme acnéique du lupus érythémateux ; nous les étudierons plus loin comme engendrées directement par les toxines à distance de leur foyer d'origine. Plus souvent elles se développent au niveau de foyers d'infection tuberculeuse.

Il en est ainsi dans la forme pustulo-ulcéreuse que M. Gaucher (2) a fait connaître en 1889 à notre premier Congrès international de dermatologie ; elle avait été décrite antérieurement sous le nom d'*impétigo rodens*, mais l'on en avait jusque-là méconnu la nature. Ses éléments sont constitués par de petites collections purulentes épidermo-papillaires, bientôt remplacées par des croûtes qui recouvrent des ulcérations ; on n'y trouve pas de bacilles, mais leur pus, inoculé au cobaye, donne toujours naissance à une tuberculose.

Récemment, nous avons signalé (3) des folliculites suppuratives distinctes des précédentes en ce qu'elles siègent au pourtour des appareils pilo-sébacés, et qu'elles se développent le plus souvent au voisinage de tubercules provenant, soit d'adénopathies, soit de gommes tuberculeuses sous-cutanées : tantôt elles restent superficielles, guérissent sans laisser de perte de substance et doivent être alors considérées comme engendrées directement par les toxines isolées de leurs bacilles générateurs ; tantôt elles deviennent le point de départ de tuberculoses cutanées : elles constituent alors le principal intermédiaire par lequel se produit le développement de tubercules cutanés consécutivement à la progression vers la surface de lésions tuberculeuses profondes.

B. — Tuberculoses cutanées provoquées vraisemblablement par une forme microbienne distincte du bacille vulgaire.

a) *Lupus érythémateux*. — La discussion relative à la nature de cette éruption continue à diviser les dermatologues.

(1) H. HALLOPEAU et L. WICKHAM. Sur la genèse des suppurations tuberculeuses. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888.

(2) GAUCHER. Formes et pronostic de la tuberculose cutanée chez les enfants. *Congrès de dermat.*, 1889.

(3) H. HALLOPEAU. Sur une nouvelle forme de tuberc. suppur. et pemphigoïde de tuberc. cut. en placards à progression excentrique. *Société de dermat.*, 1895, p. 494.

Est-elle ou non tuberculeuse ?

Partisan déterminé de l'affirmative (1), avec MM. Hutchinson, Besnier, Bœck, Gaucher, Thibierge, Barbe et Audry, partiellement aussi avec M. Brocq, nous rappellerons les principaux arguments que l'on peut invoquer en sa faveur : nous avons vu, avec M. Jeanselme, se développer, concurremment avec ce lupus, des adénopathies de voisinage dont nous avons pu constater la nature tuberculeuse et M. Leredde a publié un fait semblable (2) ; la coïncidence de lupus érythémateux et de lupus vulgaire a été maintes fois constatée, et tout récemment encore par M. Lacavalerie ; c'est ainsi que, d'accord avec M. Thibierge, nous pensons que l'on doit interpréter les lupus érythématoïdes du regretté Leloir ; il faut mentionner encore la présence de bacilles reconnus récemment par Hardaway (3) dans un cas qui offrait tous les caractères cliniques du lupus érythémateux, la réaction de lupus érythémateux typiques, observée particulièrement par M. Kaposi, sous l'influence de la tuberculine, la ressemblance extraordinaire que, d'après MM. Thin (4) et Kaposi (5), ce lupus peut présenter avec le lupus vulgaire, l'existence, chez un malade d'Audry, de lésions tuberculeuses dans des foyers de lupus érythémateux alors que d'autres foyers concomitants n'en présentaient pas traces, et enfin la très grande fréquence de la tuberculose pulmonaire ou l'existence de tuberculose osseuse chez les sujets atteints de cette dermatose : cet ensemble de faits nous paraît suffisant pour permettre, malgré les différences de structure et l'insuccès des inoculations, de considérer au moins comme très probable la nature tuberculeuse de cette dermatose : on peut admettre avec une grande vraisemblance qu'elle est due au développement de *formes élémentaires distinctes du bacille* (6).

En effet, on y cherche en vain ces bacilles lorsqu'il n'existe pas concurremment un lupus vulgaire, la structure des lésions n'est pas celle de la tuberculose bacillaire, leurs inoculations restent stériles, et cependant la marche des lésions, dans les formes circonscrites, ne peut s'expliquer que par la prolifération et la propagation lentes d'un agent figuré ; si, comme nous croyons l'avoir établi, il s'agit d'une tuberculose, nous sommes conduit à l'interprétation que nous venons de formuler.

(1) HALLOPEAU. *Congrès de Vienne*, 1892. — Le Musée de l'hôpital Saint-Louis, fasc. 5^e, p. 3.

(2) LEREDDE. *Bullet. de la Soc. de dermat.*, 16 juin 1894. — M. JADASSOHN a vu également un cas aigu et un cas chronique de cette dermatose coïncider avec des tuberculisations ganglionnaires (*loc. cit.*).

(3) HARDAWAY. *Ann. de dermatol.*, 1894.

(4) THIN. *Monatsch.*, t. XXII.

(5) KAPOSI. *Arch. f. Derm.*, 1893.

(6) Comme M. Jadassohn (*loc. cit.*), nous considérons la dénomination d'*ulérythème* assignée par Unna à cette dermatose comme laissant à désirer, car *érythème* signifie simplement éruption liée à une hyperhémie cutanée et par conséquent non destructive.

On conçoit que cette forme, distincte de la bacillaire, engendre des toxines également distinctes de celles des tuberculoses vulgaires. Ces toxines donnent lieu aux érythèmes, aux suppurations folliculaires, et quand elles pénètrent dans la circulation générale, loin de leurs foyers d'origine, aux lésions disséminées, disparaissant sans laisser traces, de la forme érythémateuse généralisée, qu'a décrite M. Kaposi. Cette conception a l'avantage de concilier les arguments invoqués pour et contre la nature tuberculeuse de cette dermatite et d'expliquer tous les faits; il reste à trouver la forme microbienne nouvelle et à en isoler les toxines (on n'est pas plus avancé pour la syphilis).

Parmi les faits nouveaux qui, d'après nos observations personnelles, méritent d'être signalés dans l'étude clinique de ce lupus, depuis le remarquable rapport de M. Malcolm Morris (1) au *Congrès de Vienne*, nous mentionnerons l'existence d'une *forme végétante* (2) qui peut, comme nous l'avons vu avec M. Guillemot (3), coïncider avec des dépressions considérables que les saillies entourent à la manière d'un bourrelet, l'existence concomitante de lésions acnéiques remarquables par l'intensité du processus destructif qui peut aboutir à une division presque complète du lobule de l'oreille, enfin la production spontanée de suppurations folliculaires, si rares dans cette maladie qu'elles ont été niées par M. Unna.

Nous avons encore signalé, avec M. Jacques Monod (4), des localisations de ce lupus au cuir chevelu et dans toute l'étendue de la paume des deux mains alors que la face en restait complètement indemne.

On doit à M. Radcliffe Crocker (5) d'avoir fait connaître des formes cliniques qui peuvent faire ressembler objectivement ce lupus, soit à un érythème tuberculeux ou papuleux, soit à un psoriasis, soit à un lichen plan. M. Brocq a vu également se produire, dans cette dermatose, des altérations d'aspect nettement lichénoïde sans que l'on pût admettre une lichénification secondaire par grattage. M. Radcliffe Crocker a encore montré que ce lupus peut se compliquer de tégumentectasies.

De nouveaux faits sont venus confirmer l'existence de la forme érythémateuse disséminée qu'a décrite Kaposi (6) et dont la légitimité avait été à tort mise en doute; ils appartiennent à M. Besnier et à nous-même: le nôtre est pleinement démonstratif, car nous avons vu une plaque de lupus érythémateux typique succéder à ces érythrodermies disséminées. Nous avons montré, comme faits nouveaux dans cette

(1) MALCOLM MORRIS. *Congrès de Vienne*, 1892.

(2) H. HALLOPEAU. *Ann. de derm.*, 1892.

(3) HALLOPEAU et GUILLEMOT. *Bullet. de la Soc. de derm.*, 1895.

(4) HALLOPEAU et J. MONOD. *Ibid.*

(5) RADCLIFFE CROCKER. *Journal of cut. and genit. diseases*, Bd. XII, n° 1, 1896.

(6) KAPOSI. *Path. u. Ther. der Haut Krankheit.*, 1893.

forme disséminée, la production de phénomènes d'asphyxie locale, de plaques ortiées et de cicatricules.

b) LUPUS PERNIO. — Cette forme est considérée par M. Besnier comme une variété de lupus érythémateux ; elle coïncide avec cette dermatose ; M. Tenneson la regarde au contraire comme une manifestation tuberculeuse distincte ; il l'a vue se produire concurremment avec un lupus vulgaire. Elle est voisine du *lupus-engelure* décrit par M. Hutchinson. M. Tenneson (1) y a signalé, comme fait nouveau, une dilatation des orifices folliculaires.

Les arguments en faveur de sa nature tuberculeuse sont les mêmes que pour le lupus érythémateux.

C. — *Tuberculosés cutanées engendrées par des toxines émanées de foyers plus ou moins éloignés.*

Nous réunissons sous ce titre les éruptions qui se développent chez les tuberculeux, le plus souvent en même temps que des dermatoses bacillaires et parfois sous leur influence directe, ne sont pas destructives, n'ont pas la structure des tuberculosés bacillaires, ne sont pas hétéro-inoculables et sont susceptibles d'être provoquées par la tuberculine.

La nature tuberculeuse de ces éruptions a été le plus communément méconnue jusqu'à ces derniers temps ; nous verrons, à propos de chacune d'elles, qu'elle ne doit plus être contestée.

On doit considérer comme telles le *lichen scrofulosorum*, l'*acné cachectique*, l'*acné scrofulosorum*, les *folliculites isolées* ou *agminées en placards à progression excentrique*, la *tuberculose papulovésiculeuse* et les *érythèmes tuberculeux*.

a) *Lichen scrofulosorum*. — On sait que, presque simultanément, MM. Jacobi et Sack ont déclaré qu'il s'agissait là d'une manifestation tuberculeuse : ils s'appuyaient sur l'histologie et, de plus, M. Jacobi avait constaté la présence d'un bacille dans les tissus ainsi lésés. Cette manière de voir a soulevé de vives contradictions : MM. Kromayer, Kaposi, Lukasiewicz l'ont contestée ; d'après ce dernier auteur, l'absence de caséification, la bénignité de l'éruption, la rapidité avec laquelle elle accomplit son évolution rétrograde, la différencient des tuberculosés cutanées ; ses lésions ne sont pas d'ailleurs identiques à celles de la tuberculose : on n'y trouve pas ces nodules typiques, nettement limités, privés de vaisseaux et reconnaissables à leur réticulum caractéristique ; pour ce qui est de l'unique bacille, vu par Jacobi, sa valeur est des plus contestables en raison des résultats négatifs, à cet égard, des recherches faites par tous les autres observateurs ; la présence de cellules géantes n'est nullement caractéristique, puisque l'on trouve

(1) TENNESON. *Lupus pernio*. Le Musée de l'hôpital Saint-Louis, 18^e fasc., p 136

ces mêmes éléments dans nombre de dermatoses étrangères à la tuberculose; Kromayer conteste également, au point de vue purement histologique, la nature tuberculeuse de cette éruption; d'après lui, le caractère essentiel de cette infection, la destruction complète des éléments normaux par la néoplasie, font défaut dans le lichen scrofulosorum. Les tentatives d'inoculation ont toujours donné des résultats négatifs, alors même qu'elles ont été pratiquées, comme récemment par Jadassohn, dans les conditions les plus favorables; il faudrait donc considérer la tuberculose comme constituant seulement un terrain propice au développement de cette dermatose; Unna se rattache à cette manière de voir.

Quelle que soit la valeur des arguments qui viennent d'être énumérés, ils ne peuvent tenir en présence des faits positifs qui démontrent la nature tuberculeuse de ce lichen; nous voulons parler des deux observations cliniques que nous avons publiées (1) et dont la signification est, suivant nous, décisive: dans ces deux cas, les éléments lichénoïdes étaient, en effet, groupés autour de lésions tuberculeuses dont ils émanaient en toute évidence comme le font, dans une syphilide en groupes à progression excentrique, les papules secondaires aux dépens de l'élément initial qui occupe le centre du groupe et en a été le point de départ; chez le malade dont nous présentons le moulage, les groupes de lichen, nombreux sur le tronc, n'étaient qu'au nombre de trois sur les membres inférieurs; ces derniers méritaient au plus haut degré l'attention: des papules de lichen y étaient, en effet, disposées autour de cicatrices et de nodules lupiques dont elles étaient manifestement l'expansion; ces éléments étaient groupés de la manière suivante: au centre, se trouvait une cicatrice du diamètre d'une pièce de cinquante centimes: elle s'était manifestement développée consécutivement à une altération profonde de la peau certainement tuberculeuse et probablement gommeuse, comme les altérations que l'on constatait simultanément dans la région cervicale; l'on voyait, autour de cette cicatrice, une couronne de nodules d'un rouge sombre et légèrement saillants, offrant les caractères de nodules lupiques; en dehors de ces nodules, et circulairement, étaient disséminées les taches et les saillies miliaires de lichen, beaucoup plus pâles et donnant au toucher une sensation de rudesse, et celles-ci étaient en tout semblables aux petites saillies des groupes typiques de lichen disséminés sur le tronc; en présence de ces faits, il est de toute évidence qu'un foyer tuberculeux initial s'est formé dans les couches profondes du derme ou le tissu cellulaire sous-jacent et a donné lieu à la grande cicatrice centrale; puis, que les agents infectieux se sont propagés

(1) HALLOPEAU. Sur un cas de lichen scrofulosorum et la nature tuberculeuse de cette affection. *Bulletin de la Soc. de dermat.*, 1892, p. 120. — Sur un cas de lichen scrofulosorum; démonstration de sa nature tuberculeuse. *Ibid.*, 1894, p. 258.

excentriquement de ce foyer dans les parties voisines du derme et y ont amené la genèse des nodules lupiques; enfin que, plus en dehors, une nouvelle expansion des bacilles, ou plutôt sans doute de leur produits toxiques, a donné lieu au semis ambiant des papules de lichen; cette localisation nouvelle s'est faite autour des follicules pilo-sébacés. Selon toute vraisemblance, ces follicules et aussi, d'après une de nos observations, les glandes sudoripares, offrent, chez les jeunes enfants ou adolescents atteints de cette dermatose, un milieu susceptible d'être influencé par les toxines tuberculeuses; nous citerons comme une autre preuve en faveur de notre manière de voir l'observation de MM. Schweninger et Buzzi (1) qui ont vu ce lichen se développer sous l'influence des injections de tuberculine.

On peut conclure de ces faits que la *tuberculose cutanée* ne se traduit pas exclusivement par des lésions destructives et que ses manifestations, lorsqu'elles ont pour cause prochaine l'action des toxines, peuvent être d'une grande bénignité et non inoculables; leur structure est différente de celle des tuberculoses bacillaires.

b) *Folliculites suppuratives disséminées ou agminées*. — Ces altérations ne paraissent pas être exceptionnelles, du moins dans leurs formes simples, mais leur nature tuberculeuse n'avait pas été établie jusqu'ici. Nous avons essayé dernièrement (2), ainsi que nos collègues MM. Du Castel et Feulard, d'appeler l'attention sur ces altérations. On doit en considérer comme des variétés les types cliniques décrits sous les noms d'*acné cachectique* et d'*acné scrofulosorum*, ainsi que la forme *papulo-vésiculeuse disséminée* que nous avons signalée en 1888 (3).

Leur nature tuberculeuse nous paraît ressortir en toute évidence des faits suivants : ces folliculites coïncident très fréquemment avec le lichen scrofulosorum dont nous venons d'établir la nature tuberculeuse; il y a constamment d'autres manifestations tuberculeuses; elles sont identiques aux folliculites suppuratives que nous avons vues se développer au cours des tuberculoses gommeuses et engendrer des foyers lupiques; on n'y trouve, en général, pas trace de microbes pyogènes; elles offrent beaucoup de ressemblance avec l'éruption pustuleuse que nous avons vue se manifester, en même temps que la réaction générale, sous l'influence de la tuberculine inoculée.

Ces folliculites siègent le plus souvent au tronc et aux membres, surtout aux membres inférieurs.

(1) SCHWENINGER et BUZZI. Lichen acrofulosorum provoqué par l'injection de tuberculine. *Monatsh. f. prak. f. Dermat.*, 1891.

(2) H. HALLOPEAU. Sur une nouvelle forme de tuberculose cutanée suppurative et son interprétation physiologique. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1895, p. 421. — 2^e note, *ibid.*, 1896, p. 2. — Sur la genèse et le rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux, *ibid.*, 1896, p. 208.

(3) H. HALLOPEAU. Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, 1888.

Elles peuvent offrir des caractères très divers.

Le plus habituellement, ce sont des saillies papuleuses dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, rouges, acuminées et surmontées, soit d'une vésico-pustule, soit d'une croûte : elles prennent le nom d'*acné cachectique* quand elles s'entourent d'une aréole hémorragique.

Nous avons montré récemment qu'elles peuvent devenir confluentes et constituer alors une dermatose à caractères tout particuliers et non encore décrite.

Les folliculites ainsi agglomérées forment des placards indurés qui s'étendent rapidement en surface ; ces placards peuvent eux-mêmes se fusionner assez complètement pour qu'il ne reste pas trace de leur séparation initiale ; de nouvelles pustulottes se développant dans leur aire ou à leur périphérie, il en résulte des ulcérations très superficielles ; l'épiderme peut être le siège, au pourtour de ces placards, dans leur zone d'accroissement, de soulèvements bulleux d'aspect pemphigoïde ; d'autre part, la zone d'accroissement des placards peut se soulever en forme d'un bourrelet qui progresse en s'étendant excentriquement en même temps qu'il s'affaisse dans sa partie interne : les placards ainsi formés s'étendent rapidement en même temps qu'ils s'affaissent et rétrocedent partiellement dans leur partie centrale. Nous avons vu l'un d'eux recouvrir en quelques semaines presque toute la partie postérieure de la jambe.

L'examen histologique ne révèle en pareil cas, ni la présence du bacille, ni l'existence de lésions tuberculeuses ; les altérations dominantes sont, d'après les recherches de MM. Darier et J. Lafitte, celles d'une périfolliculite : ce fait est en faveur de leur origine toxinique (1).

Les différentes manifestations toxiques que nous venons de passer en revue ont pour caractère commun de siéger au pourtour des appareils pilo-sébacés ; cette localisation, ainsi que l'a fait remarquer M. Leredde, semble en désaccord avec celle de l'infectieux tuberculeux qui paraît intéresser exclusivement le tissu conjonctif ; mais, comme nous l'avons fait remarquer déjà (2), on peut se l'expliquer si l'on tient compte des différences de milieu que peut offrir ce tissu dans les diverses parties de l'organisme : il se trouve, en effet, par ses espaces lymphatiques, l'intermédiaire obligé entre les éléments d'une organisation plus élevée (cellules glandulaires, muscles, nerfs) qu'il environne et la circulation ; il est donc nécessairement imprégné des matériaux de désassimilation qu'engendrent ces éléments et présente par suite une constitution différente au pourtour de chacun d'eux ; on

(1) H. HALLOPEAU. Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1890.

(2) H. HALLOPEAU. Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique. *Bull. de la Soc. fr. de dermat.*, 1895, p. 427.

conçoit donc que le tissu conjonctif qui environne les glandes de la peau puisse devenir un milieu favorable à l'action des toxines tuberculeuses alors que les autres parties du tégument restent indemnes.

c) *Érythèmes tuberculeux*. — Les manifestations cutanées de la tuberculose peuvent être purement érythémateuses : c'est ainsi que MM. Bayet et Schlangreieff ont vu se produire des éruptions de cette nature chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire aiguë; éphémères, simulant la roséole, elles ont persisté de quinze à vingt jours; elles intéressaient toutes les parties de la surface cutanée, et offraient la plus grande analogie avec celles que l'on a maintes fois observées à la suite des injections de tuberculine.

d) *FORMES MIXTES*. — Toutes les manifestations tuberculeuses que nous venons de passer en revue peuvent coïncider; c'est ainsi que nous avons vu, chez un même sujet, des gommes tuberculeuses sous-cutanées et cutanées, des folliculites, du lupus vulgaire, de la tuberculose verruqueuse et du lichen scrofulosorum; c'est ainsi que la tuberculose ulcéreuse miliaire peut exceptionnellement devenir le point de départ d'un lupus vulgaire, que les tuberculoses gommeuses en traînées peuvent compliquer la tuberculose verruqueuse ainsi que le tubercule anatomique : ces faits mettent en évidence l'étroite parenté qui existe entre ces diverses affections.

IV

DERMATOSES TROUVANT CHEZ LES TUBERCULEUX UN TERRAIN FAVORABLE

Faut-il admettre l'existence d'un *eczéma tuberculeux*?

MM. Hutchinson, Unna, Neisser et Eddows répondent affirmativement; d'après M. Unna, il occupe surtout le pourtour des orifices de la face; il coïncide avec des inflammations catarrhales des muqueuses et particulièrement avec des conjonctivites, des kératites qui prennent la forme phlycténoïde et des rhinites; les parties malades sont tuméfiées; elles donnent lieu à du prurit; les vésicules superficielles et volumineuses se concrètent rapidement en croûtes épaisses; les ganglions voisins se tuméfient. Cette description rappelle beaucoup celle que donnait Bazin de son *eczéma scrofuloux*. L'exactitude de ce tableau clinique est incontestable; mais s'agit-il d'une affection directement engendrée par le bacille ou par ses produits? On n'en a pas jusqu'ici la démonstration; les inoculations des produits de sécrétion de cet *eczéma* restent stériles; on peut invoquer, avec autant, sinon plus, de vraisemblance, la vieille conception de la scrofulose offrant un terrain favorable à la tuberculose, en même temps qu'elle se traduit cliniquement par ces éruptions vésiculeuses. Il est vrai que M. Eddows a trouvé des bacilles dans une éruption eczémateuse, mais cette érup-

tion n'offrait pas les caractères que nous venons de retracer d'après Unna : il s'agissait, en effet, d'un eczéma sec, très squameux et non prurigineux ; des études devront encore être entreprises dans cette direction.

Il nous reste à signaler les relations que présentent d'autres dermatoses avec la tuberculose ; les cliniciens ont reconnu, de longue date, qu'il en est ainsi du *pityriasis versicolor*, et l'on doit à M. Jadassohn d'avoir établi qu'il en est de même du *pityriasis rubra de Hebra*. Selon toute vraisemblance, il n'y a encore ici qu'une question de terrain, soit qu'un état particulier des tissus offre chez les tuberculeux un milieu favorable au développement de ces dermatoses, soit que cette modification soit produite directement par les toxines tuberculeuses.

Suivant M. Tommasoli, des auto-intoxications prédisposeraient à l'impétigo herpétiforme, à l'ichtyose, au *pityriasis rubra pilaire*, à la kératose pilo-folliculaire, au pemphigus, au psoriasis, au lichen, à l'herpétide exfoliatrice maligne, à l'érythème noueux, etc., en même temps qu'à la tuberculose. Nos observations personnelles ne nous permettent pas d'admettre cette manière de voir.

V

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Pour ce qui est du traitement, l'ablation et la cautérisation sont les moyens les plus efficaces, mais elles ne sont pas toujours applicables. Diverses tentatives ont été faites récemment dans le but d'agir sur les manifestations de la tuberculose cutanée par les inoculations de produits toxiques d'origine tuberculeuse ou autre : il n'est pas besoin de rappeler les espérances, trop tôt déçues, auxquelles a donné lieu la découverte de la tuberculine. C'est néanmoins dans cette direction qu'il faut chercher surtout les moyens d'enrayer ou de guérir cette maladie ; nous avons essayé, à cet égard, avec M. Roger (1), les injections intradermiques de toxines érysipélateuses ; nous n'avons obtenu que des résultats trop incomplets pour que cette médication entre dans la pratique courante ; mais, cependant, ces résultats, rapprochés de ceux qui ont été obtenus dans diverses autres maladies infectieuses et de l'action curative qu'exerce parfois un érysipèle intercurrent, permettent d'espérer qu'en marchant dans cette voie on pourra arriver à une solution favorable de ce problème si intéressant pour l'humanité (2).

(1) H. HALLOPEAU et H. ROGER. Action des toxines streptococciques sur le lupus. *Presse médicale*, 8 avril 1896.

(2) Si l'on parvenait à cultiver les bacilles à *vitalité atténuée* du lupus vulgaire, peut-être trouverait-on là des éléments pour préparer un liquide approprié.

DURÉE DE LA PÉRIODE CONTAGIEUSE DE LA SYPHILIS

Rapport présenté au *III^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*,
par M. le Dr **Henri Feulard**.

La question de la durée de la contagiosité de la syphilis est assurément une des plus importantes qui soient en pathologie syphilitique : c'est elle qui domine, on peut dire, l'histoire sociale de la syphilis et doit déterminer les rapports de cette maladie, d'une part avec le mariage, d'autre part avec la prostitution.

La connaissance exacte de cette durée permettrait peut-être d'établir la surveillance sanitaire des prostituées sur une base nouvelle ; elle nous donnerait en tout cas le moyen de n'admettre au mariage que des individus sûrs de ne transmettre leur mal ni à leur femme, ni à leur descendance.

Malheureusement, il est impossible, quant à présent, d'édicter des règles fixes ; et longtemps encore, probablement toujours, la question restera sans solution définitive.

Mais si décourageant que soit cet aveu, le sujet est d'un intérêt si haut qu'il convient que chacun, par la recherche de documents soigneusement recueillis, s'efforce d'y apporter quelques éclaircissements, de fournir quelques données permettant de serrer de plus en plus près la vérité.

A la question qui nous occupe, la réponse, il y a quarante ans, eût été des plus aisées. Après Hunter, Ricord, le grand maître de la syphiligraphie à cette époque, dont les idées avaient une si légitime influence sur ses contemporains, reconnaissait le chancre seul comme capable de transmettre la syphilis.

On sait à la suite de quelles luttes mémorables, après les travaux de Rollet, de Langlebert, de Velpeau, de Gibert, etc., Ricord reconnu enfin, en 1859, la contagiosité des accidents secondaires.

Cette doctrine bientôt acceptée de tous fut complétée par la connaissance du pouvoir virulent du sang, des contagions vaccinales, de la syphilis des verriers et des transmissions entre nourrices et nourrissons ; le champ s'élargissait alors singulièrement, et du même coup la question de la contagion syphilitique prenait au point de vue social une importance qu'on ne lui soupçonnait pas ; ainsi et grâce à ces notions nouvelles furent épargnés bien des innocents qui, auparavant, eussent été voués à une contamination certaine.

L'étude clinique plus approfondie des divers accidents cutanés ou muqueux de la syphilis conduisit à une classification de plus en plus précise ; on apprit à mieux grouper les accidents dits secondaires et virulents et on s'efforça de les distinguer et de les séparer des accidents d'ordre tertiaire dont la non-contagiosité semblait bien réelle.

Enfin, la comparaison de l'évolution de la syphilis chez des milliers de malades faisait reconnaître que le temps exerçait sur la virulence de la maladie une sorte d'atténuation, et il fut couramment admis que « le pouvoir transmissif inhérent à chaque ordre de lésions syphilitiques allant en diminuant à mesure que la lésion dont il s'agit représente une phase plus avancée de l'évolution diathésique » (Diday), il arrive un moment où la syphilis, toujours dangereuse pour le sujet qui en est atteint, cesse de l'être pour son entourage et vraisemblablement pour sa descendance.

La difficulté reste toujours de savoir à quelle époque ce moment arrive.

On trouve peu de renseignements à ce sujet dans les traités classiques de syphiligraphie ; et ce sont les auteurs qui ont étudié la syphilis dans ses rapports avec le mariage, qui forcément se sont occupés de la question (1). C'est dans les ouvrages du professeur Fournier (2), de Langlebert (3), de Diday (4), qu'on trouve quelques indications sur ce sujet : encore ces auteurs se sont-ils préoccupés avant tout de la virulence de la syphilis, au point de vue de la transmission héréditaire.

Considérant avec raison que cette virulence spéciale paraît se prolonger au delà du temps des manifestations extérieures secondaires, ils ont été amenés à fixer à trois ou quatre années le délai pendant lequel il doit être interdit aux syphilitiques de se marier.

Cette façon d'envisager la question fut à peu près admise par tout le monde, en France.

À défaut de règle absolue, l'opinion formulée par M. le professeur Fournier, estimant que quatre années sont le minimum exigible d'attente pour les syphilitiques aspirant au mariage (et encore faut-il que la dernière année ait été absolument exempte d'accidents), opinion basée sur une longue et savante expérience, appuyée de nombreuses observations, sert et sert encore de guide aux praticiens dans cette délicate occurrence.

(1) C'est avec dessein que je ne m'occupe dans ce rapport que des idées et des théories françaises laissant à mes co-rapporteurs, MM. Hutchinson (de Londres), Lassar (de Berlin), Campana (de Rome), le soin d'exposer les idées propres aux médecins de leurs pays.

(2) *Syphilis et mariage*. 1^{re} édition, Paris, 1880 ; 2^e édition, 1890.

(3) *La syphilis dans ses rapports avec le mariage*. In-12, Paris, 1873.

(4) *Le péril vénérien dans les familles*. In-12, Paris, 1881.

Cependant, des faits récemment observés ont montré que, dans quelques cas, heureusement rares, ce délai qui convient à l'immense majorité des sujets, qui est même pour beaucoup supérieur à ce qu'il pourrait être, la maladie paraissant chez eux éteinte bien auparavant, aurait été encore insuffisant.

Une communication de M. Landouzy au 1^{er} Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie en 1889 (1), relatant deux cas de transmission conjugale de la syphilis survenus, l'un après cinq années de syphilis, l'autre beaucoup plus extraordinaire, attribué par l'auteur à un accident d'ordre tertiaire, chez un malade ayant déjà vingt années de syphilis, éveilla vivement l'attention. Quelques-unes des personnes présentes, MM. Fournier, Arnozan, Hardy, citèrent alors des cas de transmission tardive à coup sûr moins extraordinaires, mais dépassant déjà de beaucoup les limites habituellement observées.

L'année suivante M. Mauriac soumettait à la *Société Française de dermatologie* (2), un cas de transmission au delà de la quatrième année, cas entouré de toutes les garanties d'authenticité possibles, et cette observation provoquait encore de la part des personnes présentes le récit de quelques faits analogues.

M. Mauriac publiait une nouvelle observation encore plus étonnante dans ses leçons sur la *Syphilis tertiaire* (1890), et consacrait à la question qui nous occupe quelques pages de l'introduction de ces leçons. C'est sans doute à ces travaux que M. Mauriac avait dû d'être choisi par le comité d'organisation de ce congrès comme l'un des rapporteurs de cette question. M. Mauriac ayant été empêché d'accepter, le Comité m'a fait le grand honneur, dont je le remercie, de me demander de prendre sa place; mais je ne me dissimule pas que je ne saurais la remplir avec l'autorité qui s'attache à son âge et à ses travaux; et je vous demande donc votre indulgence bienveillante; modestement d'ailleurs, sur ce sujet, où un syphiligraphe de vieille expérience pourrait peut-être vous donner son opinion tirée de sa propre observation, je me suis seulement attaché à recueillir et à rassembler des faits.

I

La cessation à un moment donné du pouvoir virulent de la syphilis est admise par tout le monde: les faits cliniques la démontrent amplement chaque jour, car c'est par milliers qu'on pourrait citer des cas de malades atteints de lésions, dites tertiaires, suintantes ou

(1) *Comptes rendus*, p. 713.

(2) *Bull.*, 1890, p. 180.

suppurantes qui n'ont fait naître autour d'eux aucune contagion ; des faits expérimentaux la confirment puisque des inoculations faites avec le produit de gommès et d'ulcérations tertiaires sont restées négatives.

Seulement dire au bout de combien de temps cesse ce pouvoir virulent, voilà où est la difficulté.

Ici intervient, en effet, comme un fait qui domine d'ailleurs toute la pathologie de la syphilis, l'extrême variabilité de l'évolution de l'infection syphilitique suivant les sujets.

Le fait est tellement banal qu'il serait oiseux d'insister : quel médecin ne pourrait citer nombre de malades chez lesquels, après un traitement insignifiant, même sans traitement, la maladie a pour ainsi dire tourné court, s'est arrêtée après la roséole, après la production de deux ou trois syphilides muqueuses et depuis n'a jamais reparu. Combien d'autres sujets au contraire, qui, malgré les traitements les plus rigoureusement suivis et malgré l'apparence des meilleures conditions de guérison, ont vu leur syphilis traîner en longueur, ou reparaître perpétuellement par poussées successives.

Pourrons-nous jamais un jour, saisir le pourquoi de ces différences, essayer d'utiliser pour quelque cure sérothérapique, la connaissance des conditions physiologiques qui semblent chez certains malades heureux stériliser le terrain devant l'infection impuissante ; espérons-le, sans trop y compter.

Mais déjà, plus modestement, nous pouvons essayer de rechercher les raisons qui font les syphilis graves, qui font les syphilis prolongées.

Quelques-uns des facteurs de gravité de la syphilis sont bien connus et nous savons le rôle fâcheux, pour l'évolution syphilitique, de l'alcoolisme, du paludisme, de la tuberculose, de l'hérédité nerveuse, etc. Mais à la vérité, ces différents facteurs agissent dans le sens d'une aggravation habituellement immédiate de la vérole, provoquent rapidement le tertiarième, peuvent entraîner la mort, mais ne nous paraissent jouer aucun rôle dans la question qui nous occupe.

C'est qu'en effet, ce ne sont pas ces syphilis à grand tapage qui sont redoutables en matière de transmission ; ce sont des syphilis habituellement d'apparence bénigne, parfois même fort bien traitées, mais au cours desquelles, pour des causes qui nous échappent encore pour la plupart, des accidents capables de causer une contagion se représentent à l'improviste ou se renouvellent sans cesse.

L'accident dangereux par excellence de la syphilis, celui qui caractérise la période virulente ou secondaire c'est, on le sait, la papule muqueuse (la plaque muqueuse comme on dit vulgairement). Constater à quelque période que ce soit une plaque muqueuse véritable

chez un malade, c'est tenir la preuve que la syphilis chez ce malade est encore bien et dûment contagieuse.

Mais on doit admettre tout d'abord que, chez certains sujets, sous l'influence de certaines causes, d'irritations locales notamment, ces plaques muqueuses se montrent plus souvent et plus longtemps que chez d'autres.

Chez la femme par exemple, il est possible que les écoulements vaginaux, l'état de grossesse, peut-être aussi certaines irritations professionnelles chez les prostituées, soient des causes provocatrices des syphilides vulvaires.

Plus difficile serait à expliquer l'apparition réitérée des syphilides muqueuses des organes génitaux de l'homme, celles-ci d'ailleurs relativement rares.

Enfin, dans l'un comme dans l'autre sexe, les syphilides anales et périanales ne se montrent-elles pas de préférence chez les sujets atteints d'écoulements ou de suintements de ces régions, d'hémorroïdes, ou plus simplement, mal tenus.

Mais c'est pour les syphilides de la muqueuse buccale, que l'influence des irritants locaux se fait le mieux constater. Dentition, alcool et tabac sont trois facteurs importants, mais d'inégale importance.

L'état de stomatite que crée souvent une mauvaise dentition ou une dentition en évolution peut être favorable à l'éclosion des syphilides buccales.

Nous avons pu, pour notre part, observer le fait pour la syphilis infantile : plusieurs fois, soit au cours de syphilis héréditaire, soit au cours de syphilis acquise pendant la première enfance, nous avons vu pendant toute la période de dentition des plaques muqueuses se renouveler constamment dans la bouche des petits malades, cela malgré les meilleurs traitements, et cesser aussitôt que l'évolution dentaire est terminée. M. Balzer a rapporté (1) le cas d'une jeune fille de 16 ans, hérédo-syphilitique, qui, depuis sa naissance avait presque constamment des plaques muqueuses dans la bouche.

L'alcool paraît jouer aussi son rôle irritant et provocateur dans les récidives des syphilides buccales ; son action s'allie souvent, chez les prostituées par exemple, à celle encore plus nocive du tabac.

Car c'est le tabac qui reste la cause évocatrice la plus ordinaire, la plus sûrement connue des syphilides buccales.

Il y aurait un curieux chapitre de pathologie à écrire sur les rapports de la syphilis et du tabac ; ce serait sortir de notre cadre que de nous arrêter quelque temps sur ce sujet, mais nous devons faire ressor-

(1) Discussion de la communication de M. LANDOUZY. *Congrès de 1889. Comptes rendus*, p. 717.

tir (la suite et l'étude de nos observations en montreront toute l'importance tout à l'heure) le rôle éminemment fâcheux du tabac chez les syphilitiques. Le syphilitique fumeur voit habituellement les plaques muqueuses se montrer, évoluer et renaître chez lui avec une facilité et une ténacité désespérantes; le tabac prolonge chez lui, bien au delà des termes habituels, la période secondaire par conséquent virulente; puis alors même que les plaques proprement dites ne reparaissent plus, ce sont des érosions linguales, des fissures, sur la nature desquelles il est absolument impossible au médecin le plus expérimenté, M. Fournier nous l'a bien des fois affirmé, de se prononcer; érosions dont on ne se défie pas assez, nous le verrons. Enfin, quand cette période même est passée, n'est-ce pas le tabac qui, s'associant à la syphilis, provoque ces glossites tardives et surtout la leucoplasie, véritables accidents para-syphilitiques, dont la transformation épithéliomateuse peut être l'aboutissant.

Telles sont un certain nombre de causes qui nous paraissent jouer un rôle dans l'apparition des syphilides sur les muqueuses, source presque exclusive des contagions syphilitiques, et par conséquent dans l'évolution et la durée de la période contagieuse de la maladie.

Peut-être leur présence constatée chez un sujet pourra-t-elle servir de quelque indice pour apprécier chez lui la durée de la période virulente. Mais le plus ordinairement, aucun signe, ni la gravité ou la bénignité de la maladie à son début, ni même l'absence ou la continuité du traitement, ni la présence de tel ou tel accident ne nous permettent d'affirmer que la maladie a franchi sa période virulente.

Sur quelles données peut-on donc s'appuyer pour essayer d'élucider un peu le problème? Sur l'étude de l'évolution clinique de la syphilis de plusieurs milliers de malades qui ont pu être suivis dans la vie, dans le mariage et qui ont ou n'ont pas présenté d'accidents pendant un certain nombre d'années à dater du début de leur maladie: c'est ainsi que peu à peu s'est formée l'opinion commune, celle qui a cours aujourd'hui comme nous l'avons dit, après les travaux de Fournier, de Langlebert, de Diday, qui fixe à une moyenne de trois à quatre années la durée de la période virulente de la maladie, et demande dans l'immense majorité des cas ce délai aux malades avant d'autoriser le mariage.

Considérant donc comme admise cette période de quatre années comme la durée moyenne de la période contagieuse de la syphilis, nous nous sommes efforcé de rassembler des faits pouvant nous éclairer sur la transmission syphilitique au delà de ce délai.

Nous pouvions nous appuyer sur deux ordres de faits.

D'abord la constatation chez des syphilitiques déjà anciens d'accidents reconnus contagieux par tout le monde, des papules muqueuses par exemple.

On a pu observer parfois chez des syphilitiques dont la maladie

remontait à 5, à 8, à 10 ans même, des papules muqueuses, quelquefois sur les muqueuses génitales, plus souvent sur la muqueuse buccale.

Le cas est assez fréquent chez les prostituées syphilitiques dont les muqueuses sont soumises à des irritations de divers genres.

Mon excellent collègue, M. Barthélemy a communiqué cette année même, à la Société française de dermatologie (séance du 10 avril 1896), les recherches statistiques qu'il a faites sur les femmes de son service de l'Infirmierie de Saint-Lazare, réservée comme on sait aux prostituées vénériennes.

Sur 531 malades entrées avec des accidents encore contagieux, 20 (la proportion on le voit est peu élevée) avaient une syphilis âgée d'au moins déjà trois années. Sur ces 20 malades, 7 étaient à leur quatrième année; 1 à quatre ans et demi; 1 à cinq; 2 à six ans; 3 à huit; 2 à neuf; 3 à dix; 1 à douze années, cette dernière avait des lésions linguales; sur les trois malades syphilitiques de 10 ans, une avait des lésions labiales, une autre des plaques vulvaires, une troisième des plaques périanales.

Ces constatations sont certes fort intéressantes; la présence chez des syphilitiques après six ans, après huit ans, après dix ans d'accidents du type contagieux par excellence doit nous faire évidemment supposer que ces malades sont encore à la période virulente, celle-ci se prolongeant chez eux d'une manière anormale. Mais dans ces cas il nous manque le plus souvent la preuve absolue de cette virulence, la contagion même qui a produit ces accidents, en un mot la confrontation.

D'ailleurs n'est-il pas utile aussi de savoir si d'autres contagions ne peuvent se produire sans l'intermédiaire des plaques muqueuses proprement dites.

C'est dans ce but que nous allons avoir recours à un autre ordre de preuves et rechercher des contagions réalisées, dans les conditions mêmes qu'il importe le plus au praticien de connaître, c'est-à-dire des syphilis transmises dans le mariage alors que l'on pouvait justement supposer que le sujet contagionnant avait depuis longtemps franchi la période virulente de sa maladie.

Partant donc de ce terme de quatre années le plus communément accepté comme celui au delà duquel on a l'habitude d'autoriser les syphilitiques à se marier, nous avons cherché à réunir un certain nombre de faits de contagions conjugales survenues au delà de ce délai.

Disons d'abord que les faits de ce genre sont réellement rares; parmi les nombreux confrères auxquels nous nous sommes adressés, parmi ceux surtout qui, pratiquant la médecine générale, peuvent suivre régulièrement les malades dans leur vie et pénétrer dans l'intimité des familles, la plupart n'avaient jamais eu l'occasion

d'observer de cas semblables ; quant aux médecins qui s'occupent plus spécialement de syphiligraphie, et qui vraisemblablement seraient consultés en pareille et si rare occurrence, les faits dont ils ont été témoins sont excessivement peu nombreux : la plus grande partie de ceux que nous allons relater sont inédits (1).

Il est probable que quelques-uns d'entre eux vont tout d'abord surprendre et provoquer encore le mouvement d'incrédulité qui accueillit les premières communications sur ce sujet, celle notamment de M. Landouzy, au Congrès de 1889. Mais le scepticisme plaisant qui fut trop longtemps de mode en matière de syphilis et trouve plus simple d'élever un doute sur la moralité des personnes que de chercher l'explication de faits en contradiction avec les idées reçues, n'est plus guère en honneur.

Nous prions nos collègues de croire que les faits qui vont suivre ont été recueillis dans les conditions les plus sérieuses, et que les observateurs en garantissent les conditions morales de certitude.

On verra d'ailleurs que c'est le plus souvent dans les premiers mois de leur mariage que ces malheureuses jeunes femmes furent contaminées, à un moment où généralement la fidélité conjugale n'a pas encore eu à subir de bien rudes assauts.

II

Voici d'abord deux observations de syphilis transmises dans le cours de la cinquième année. La seconde de ces observations, quoique étant peut-être un cas de syphilis conceptionnelle, tire son importance du milieu médical où le fait s'est produit et a été bien observé.

OBSERVATION I (MAURIAC. Société française de dermatologie. *Bull.*, 1890, p. 180, résumée).

M. X... contracte la syphilis en juillet 1885, chancre génital, roséole éphémère, quelques plaques muqueuses buccales et génitales. Traitement régulier pendant trois ans.

« Plusieurs fois, il lui était survenu sur les bourses de très petites érosions que j'avais examinées avec la plus grande attention et qui m'avaient semblé appartenir plutôt à des érosions herpétiques qu'à des plaques muqueuses nettement formulées. Néanmoins je les avais traitées comme si elles avaient été spécifiques, ce que je fais toujours pour les lésions herpétiques ou autres qui se développent sur la peau et sur les muqueuses pendant la période virulente de la syphilis. En outre, j'avais averti le

(1) Je remercie tous les excellents confrères qui ont bien voulu répondre à mon appel et me communiquer des observations ; je remercie tout particulièrement mon honoré et cher maître M. le professeur Fournier, qui m'a si libéralement permis de puiser dans son riche recueil d'observations.

malade quelles étaient aussi dangereuses que les grosses papules suintantes de cette région ».

Après un intervalle de santé parfaite et après 4 ans et 5 mois de syphilis, M. Mauriac permet le mariage. En mai 1890, le malade infecte sa femme (en réalité le malade était marié avant d'avoir contracté la syphilis, avait dissimulé la chose au médecin et n'avait repris les rapports avec sa femme qu'après qu'il avait été autorisé à *se marier*). Cette dame, vue par M. Mauriac, présentait de la roséole, des adénopathies cervicales, des plaques muqueuses vulvaires, etc.; l'accident primitif, dont on observait encore les traces, siégeait sur le périnée en avant de l'anus. Vraisemblablement il avait été communiqué par une de ces petites érosions herpétiformes du scrotum auxquelles le malade était sujet.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 4 ANS ET 9 MOIS.

OBSERVATION II (personnelle, recueillie en 1896).

Le Dr X..., actuellement âgé de 41 ans, a contracté la syphilis à 25 ans; cette syphilis, qui a eu un début génital, a été très bénigne; il a été soigné par M. le professeur Fournier; notre confrère, qui n'avait plus eu aucun accident depuis quarante mois, se marie à 29 ans. Après cinq mois de ménage, sa jeune femme présente des accidents syphilitiques. M. X... n'a eu notion d'aucun accident, il n'a d'ailleurs jamais eu depuis aucun accident.

M^{me} X... ayant fait une fausse couche de trois mois avant l'apparition de ses accidents syphilitiques, on a lieu de croire, l'accident initial ayant passé inaperçu, qu'il s'agit dans ce cas d'une syphilis conceptionnelle.

La syphilis de la femme fut aussi grave que celle du mari avait été bénigne: accidents secondaires fébriles, éruptions polymorphes, quelques-unes ulcéreuses.

M. et M^{me} X... sont actuellement en bonne santé.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 4 ANS ET DEMI au moins.

Au Congrès de 1889, dans la discussion qui suivit la communication de M. Landouzy, M. le Dr Arnozan, de Bordeaux, signalait avoir observé un cas de transmission syphilitique après six années.

Voici quatre observations dans lesquelles la transmission s'est faite entre la sixième et la septième année.

OBSERVATION III (communiquée par M. le professeur FOURNIER, recueillie en 1893).

M. X... a contracté la syphilis à 28 ans en 1886; début par un chancre génital, accidents secondaires habituels; traité deux ans sous la direction de M. Mauriac.

Se marie en 1888 et a deux enfants bien portants; en mai 1892, il a de l'onxyxis; à la fin de septembre 1892, sa femme a « des boutons vulvaires », est vue peu de temps après avec des plaques muqueuses buccales et vulvaires; M. X... se souvient avoir eu vers cette époque une écorchure à la verge.

M^{me} X... devient enceinte trois mois après, est traitée pendant sa gros-

sesse et accouche à terme d'un enfant qui est manifestement syphilitique, mais guérit par le traitement.

En juin 1895, M. X... est atteint d'une syphilide tuberculeuse.

Le 20 novembre de la même année, M^{me} X... a une attaque d'hémiplégie qui heureusement guérit.

Durée de la syphilis du mari au moment de la contagion de la femme : 6 ANS.

OBSERVATION IV (observ. XLIX de la statistique publiée par M. le professeur FOURNIER dans la 2^e édition de *Syphilis et mariage*, p. 343).

« Chancre induré. Roséole. Psoriasis palmaire. Syphilides buccales. Traitement ioduré ; pas de mercure. Mariage *quatre ans* après le début de la maladie. Femme restant indemne. Deux enfants sains. *Après la naissance du deuxième enfant* le malade contagionne sa femme par une syphilide buccale. Une grossesse, survenue l'année suivante, se termine par un avortement. »

Durée de la syphilis au moment de la transmission : au moins 6 ANS.

OBSERVATION V (personnelle, recueillie en 1894).

M^{me} X... m'est adressée en mai 1894 par mon excellent maître, M. le Dr Besnier ; elle est atteinte de syphilides ethymateuses multiples graves.

M^{me} X... a 27 ans ; elle s'est mariée en août 1893 ; en octobre, elle se sent mal à l'aise ; en novembre, glande à l'aîne droite ; au commencement de décembre, éruption de gros boutons ressemblant à de la variole, et en janvier, début des accidents ethymateux.

Son mari a contracté la syphilis à 20 ans ; en 1887, il a eu un chancre suivi de roséole ; puis quelques plaques muqueuses ; il a suivi pendant deux ans un traitement d'empirique.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 6 ANS.

M^{me} X... a guéri assez facilement de ses accidents et n'a plus aucun accident depuis dix-huit mois.

OBSERVATION VI (communiquée par le Dr RICHARD D'AULNAY, de Paris).

M. X... contracte la syphilis en 1885 ; chancre de la verge suivi de roséole et de plaques muqueuses : syphilis bénigne traitée par des pilules de protoiodure.

En 1891, M. X... amène sa maîtresse, âgée de 18 ans, avec laquelle il vit *maritalement* depuis huit mois. Cette jeune dame présente un chancre de la grande lèvre droite, de la roséole, de l'alopecie, etc., bref, syphilis assez intense qui dut être énergiquement traitée et eut jusqu'à ces derniers temps des récidives fréquentes.

M. X... n'a rien constaté sur lui-même et ne présentait, au moment où l'examine le Dr Richard d'Aulnay en même temps que sa maîtresse, aucun accident actuel.

Cependant, en 1894, sur le point de se marier, neuf ans après le début de la syphilis, M. X... fut vu avec deux plaques muqueuses du sillon balano-préputial. Un traitement intensif fut institué, M. X... ne pouvant reculer son mariage, et les accidents avaient heureusement disparu quelques jours avant

le terme fixé. Le mariage eut donc lieu : M^{me} X... devint enceinte au bout de cinq mois, fut surveillée tout le temps de sa grossesse, accoucha à terme d'un enfant bien portant, et, depuis lors, mère et enfant se sont toujours bien portés. M... X. lui-même n'a plus eu aucune lésion.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 6 ANS (1).

Les deux cas qui suivent sont des exemples de transmission après la septième année.

OBSERVATION VII (personnelle, recueillie en 1895).

M. X... vient consulter pour une *syphilide palmaire psoriasiforme* de la main gauche qui dure depuis plusieurs années.

Agé actuellement de 33 ans, M. X... a contracté la syphilis à 21 ans; pendant quatre ans, il a été soigné par M. le professeur Fournier et par M. Horteloup.

Il s'est marié à 39 ans, autorisé par M. Horteloup : il avait eu, à différentes reprises, des érosions buccales, avait eu une onyxie, et la syphilide palmaire s'était déjà manifestée, puis avait disparu.

M. X..., qui avait au début de sa syphilis contagionné une maîtresse, laquelle avait eu deux grossesses terminées par deux fausses couches, évite de rendre sa femme enceinte, et, de fait, M^{me} X... n'a jamais eu de grossesse. Mais, au bout de trois ou quatre mois de mariage, M^{me} X... présentait une roséole qui fut vue et diagnostiquée par M. Horteloup. M^{me} X..., traitée, n'a jamais présenté depuis d'autre accident.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 7 ANS.

M. X... a été guéri rapidement de sa syphilide palmaire par les injections de calomel.

OBSERVATION VIII (communiquée par le D^r BARTHÉLEMY, de Paris).

M. X... a contracté la syphilis en juin 1884; il a été traité méthodiquement pendant trois années; mais, malgré un traitement régulier, il a eu constamment de petites lésions récidivantes.

M. Barthélemy voit le malade pour la première fois en février 1888, pour une blennorrhagie rebelle, puis pendant deux ou trois ans à la suite pour des raisons insignifiantes.

(1) A ces faits je puis en ajouter un autre que m'a communiqué mon excellent collègue M. BARTHÉLEMY, alors que la rédaction de ce travail était déjà terminée.

OBSERVATION VI bis (BARTHÉLEMY).

M. X... contracte la syphilis en 1881 pendant son année de service militaire; il se marie le 6 septembre 1887, à 33 ans; en janvier 1888 M^{me} X... présente un chancre de la vulve, quatre mois par conséquent après son mariage, et alors que son mari était syphilitique *depuis déjà six années*.

M. X..., atteint de paralysie générale, dut être interné à Sainte-Anne en juillet 1888 et y est mort en juin 1891.

M^{me} X... a eu une syphilis bénigne quant aux accidents, mais qui récidive continuellement sous forme de fissures linguales, de sorte que elle-même, après 7 ans de syphilis présente encore des accidents contagieux.

M. X..., sur le conseil de M. Barthélemy et après avis des premiers médecins qui l'ont soigné, fait de temps à autre une cure antisypilitique et, en dernier lieu, aux eaux de Luchon, une cure de vingt et une frictions à 4 gr. d'onguent mercuriel (été 1890).

M. X... se marie le 8 juillet 1891. Le 17 novembre suivant, le Dr Barthélemy constate chez M^{me} X... un chancre vulvaire typique accompagné d'adénopathie inguinale droite.

Les derniers accidents constatés chez M. X... dataient de 1886, mais au moment où éclata la syphilis de M^{me} X..., le Dr Barthélemy trouva chez M. X... des *fissures linguales*, et sur le scrotum une syphilide érythémateuse, cuivrée, circonscrite, squameuse, superficielle, mais très étendue. Rien à la verge.

La syphilis de M^{me} X... fut aussi caractérisée que possible, cependant bénigne et légère. Il n'y a pas encore eu de grossesse.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 7 ANS.

Voici quatre observations de syphilis transmise après huit ans :

OBSERVATION IX (communiquée par M. le professeur FOURNIER, recueillie en 1893).

M^{me} X..., âgée de 20 ans, vient consulter pour une roséole; on constate de l'adénite cervicale, les vestiges d'une ulcération vulvaire à gauche, avec une adénopathie inguinale spécifique correspondante.

Son mari a eu la syphilis huit ans auparavant (chancre, roséole, plaques muqueuses à diverses reprises pendant deux à trois ans, traitement mercuriel suivi pendant huit mois; iode à diverses reprises).

Il y a deux mois et demi, M. X... a eu un bouton à la verge n'ayant duré que quelques jours; mais il a eu à ce moment des rapports avec sa femme. Il n'a jamais vu d'autre femme que la sienne.

M. et M^{me} X... ont un enfant de six mois qui est superbe et n'a jamais présenté d'accident spécifique depuis sa naissance.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 8 ANS.

OBSERVATION X (communiquée par M. le professeur FOURNIER, recueillie en 1873).

M. X... a contracté la syphilis en 1864; il a été soigné pendant plusieurs mois par M. Ricord, il a eu une syphilis bénigne, mais très souvent des érosions linguales. Il s'est marié en avril 1872; en juin, M^{me} X... sent quelque chose à la vulve; en juillet, elle fait probablement une fausse couche; elle est vue le 30 octobre par M. Ricord dont l'en-tête d'ordonnance porte : « Psoriasis palmaire datant de trois mois, adénopathie cervicale, restes d'adénopathie inguinale, œil droit enflammé. »

Au moment où M. et M^{me} X... sont vus par M. Fournier (avril 1873) M. X... a encore des érosions linguales, M^{me} X... paraît guérie; trois mois après, elle est revue avec une récurrence de son ophtalmie (iritis).

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 8 ANS.

OBSERVATION XI (Dr FERRAS. *In* communication sur l'hérédité syphilitique. *Société française de dermatologie*. Bulletin, 1891, p. 312).

Femme, 21 ans, mariée en 1873 à un homme âgé de 31 ans, syphilitique depuis huit ans : devint syphilitique de suite après le mariage ; contagion génitale.

Elle devient ensuite enceinte deux fois : en 1874, grossesse terminée par une fausse couche de trois mois ; en 1875, enfant à terme, qui vit un an et meurt d'accidents méningitiques.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 8 ANS.

OBSERVATION XII (personnelle, recueillie en 1896).

M. X..., un de nos malheureux confrères, arrive chez moi avec sa femme au mois de janvier 1896, présentant des troubles graves du système nerveux ; tremblement de la langue, troubles très marqués de la parole, perte de mémoire depuis deux ans, un peu d'affaissement intellectuel ; mais rien aux pupilles, des réflexes intacts, un état général excellent. M. X..., âgé de 26 ans, est syphilitique depuis l'âge de 17 ans (année 1887) ; pendant quatre ans, il a eu des accidents légers et depuis aucun accident.

M. X... s'est très régulièrement et très abondamment traité depuis le début de sa maladie, d'une façon presque continue on peut dire.

M. X... s'est marié en octobre 1894 et cessa alors tout traitement ; en janvier 1895, il avait le malheur de contagionner sa jeune femme, qui présente un chancre de la grande lèvre droite ; il a notion d'avoir eu, à ce moment, une petite écorchure au gland.

M^{me} X..., au moment où je la vois, présente des syphilides gommeuses des jambes.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 8 ANS.

M. X... est vu par notre confrère, le Dr Gilles de la Tourette, qui porte le diagnostic : Fausse paralysie générale d'origine syphilitique ; lésions circonscrites de la substance corticale.

M. X... est soumis par moi aux injections de calomel, de février à mai 1896, il reçoit dix injections de calomel : les quatre premières de 5 centigr., les six suivantes de 10 centigr. ; il prend en même temps de l'iodure de potassium et fait de l'hydrothérapie. M. X... supporte admirablement le traitement ; il retourne chez lui en mai : la mémoire est revenue, la parole est devenue facile, l'écriture est bonne. Ces bons effets se sont conservés.

M^{me} X... a reçu deux injections de calomel de 5 centigr., puis a fait le traitement interne : elle a guéri assez rapidement.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'intérêt capital de cette dernière observation, étant données les conditions dans lesquelles elle a été recueillie.

Dans l'observation qui suit les rôles sont renversés ; la contagion a été transmise par une femme, c'est un des rares cas où la confrontation certaine a pu avoir lieu.

OBSERVATION XIII (communiquée par le professeur FOURNIER, recueillie en 1874).

M. X... vient consulter en 1874, pour une érosion du gland : cette érosion est un chancre, s'accompagne d'adénopathies : le malade d'ailleurs présente une roséole. M. X... affirme n'avoir eu de rapports depuis cinq mois qu'avec une seule personne, M^{me} Z... Cette dame est vue le lendemain même par M. Fournier : elle ne fait aucune difficulté pour avouer qu'elle est syphilitique depuis *neuf* ans ; qu'elle a été traitée par M. Ricord pendant deux ans et qu'elle a eu à différentes reprises des « boutons » sur le corps ; il y a deux ans, elle a eu un enfant, mort syphilitique à six semaines. Examinée, M^{me} Z... présente à ce moment une syphilide papulo-croûteuse de l'oreille gauche, une syphilide papuleuse sèche du coude, quelques taches squameuses épaissies sur le corps : elle n'a rien actuellement à la vulve ni au col utérin, mais elle dit avoir eu il y a peu de temps des boutons vulvaires auxquels elle est fort sujette.

La syphilis de M. X... évolue simplement, mais malgré le traitement, le malade présente en 1878 une récurrence de syphilides, et avait encore en 1885 une éruption frontale spécifique.

M^{me} Z..., suivie depuis lors par M. Fournier, fait en 1875 une fausse couche, ne présente plus dans la suite d'accident syphilitique, et devient psoriasique.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 9 ans.

L'observation XIV montre le danger des érosions buccales dont nous allons plus loin retrouver les méfaits.

OBSERVATION XIV (MAURIAC. In *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*. In-8°, 1890, p. 13, résumée).

X... contracte la syphilis à 19 ans, et entre dans le service de M. Mauriac, le 22 décembre 1876, en pleine syphilis secondaire, roséole et plaques muqueuses. Il eut plus tard d'autres accidents secondaires de même ordre et même un peu plus graves, tels que des onyxis aux mains et aux pieds. Il était très soucieux de sa santé et venait se faire souvent examiner. La syphilis était peu grave comme lésions, mais elle se montrait rebelle. A la fin de 1884 et au commencement de 1885, il demande l'autorisation de se marier, ce que lui accorde M. Mauriac, car il ne présentait rien de suspect.

X... se marie le 3 mai 1885, *neuf ans et six mois* après son chancre, avec une jeune fille sur la moralité de laquelle il n'y avait pas de soupçon à élever. En août, quatre mois après son mariage, cette personne dont la santé avait été excellente éprouve des maux de tête, des douleurs vagues et constate bientôt des taches sur la peau.

Le mari, effrayé à juste titre, amène sa femme chez M. Mauriac, le 20 septembre 1885, et celui-ci constate l'existence d'un gros chancre induré en partie cicatrisé sur la grande lèvre gauche ; elle avait en outre une roséole confluyente, des croûtes dans les cheveux, etc.

La contagion paraissait avoir été la conséquence de rapports *ab ore* ; car le mari raconta qu'il avait eu quelques semaines après son mariage

une petite lésion au bout de la langue et que c'était ainsi qu'il avait dû contagionner sa femme. Il existait encore à la langue de cet homme quand M. Mauriac l'examina une petite fissure médiane entourée d'un cercle de desquamation épithéliale. D'autres cercles analogues mais sans fissures étaient disséminés sur la face supérieure de la langue; il n'y avait rien aux parties génitales.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 9 ANS, 9 MOIS.

Dans l'observation XV, ce n'est qu'après sept années de mariage que la femme est contagionnée, mais le mari avait eu depuis quelques années une récidive de ses accidents.

OBSERVATION XV (communiquée par le D^r RENOARD, de Paris).

M. X... prend la syphilis en 1880 à l'âge de 20 ans, pendant son année de service militaire (chancre génital suivi d'accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses) : traitement, 300 pilules de protoiodure.

En 1883, M. X..., sans avoir demandé d'avis médical, se marie.

En 1887, M. X... est atteint de glossite scléreuse, reprend son traitement et fait notamment deux séjours à Luchon.

En 1888, il présente des syphilides interdigitales et de l'onxyxis.

En 1890, c'est-à-dire après sept années de mariage, M^{me} X... présente un chancre de la grande lèvre droite, suivi d'accidents secondaires légers mais incessamment récidivants.

La lésion contagionnante de M. X... paraît avoir été une petite érosion du gland sans grande importance, mais dont le sujet a eu cependant notion.

Fait curieux, huit mois après avoir été syphilitisée, M^{me} X... devint enceinte et accoucha d'un enfant bien portant et qui jusqu'à présent n'a présenté aucun signe de syphilis.

M^{me} X... présente actuellement des accidents d'ordre tertiaire sur les extrémités et sur les membres; le traitement qu'elle a suivi fut d'ailleurs très intermittent.

Quant à M. X..., il fut pris, au début de 1892, d'accidents nerveux divers (troubles génitaux, gastralgie, douleurs fulgurantes) rattachés à un tabes par les spécialistes très distingués qui l'examinèrent, et qui prirent une marche aiguë. A la suite de l'absorption d'une boisson glacée, en juillet de la même année, le malade fut pris de vomissements incoercibles, rétention d'urine, puis incontinence, affaiblissement général, et mourut presque subitement au bout d'une quinzaine de jours de ces accidents.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 10 ANS.

La transmission dans l'observation XVI s'est faite aussi après dix ans, mais l'infection fut vraisemblablement conceptionnelle.

OBSERVATION XVI (communiquée par M. le professeur FOURNIER, recueillie en 1894).

M. X..., syphilitique depuis quinze ans, s'étant peu traité au début, s'est marié après dix ans de syphilis; sa femme devient enceinte presque au début du ménage et présente au quatrième mois de sa grossesse des

accidents certains de syphilis. La grossesse se termine par un avortement. M^{me} X... devient par la suite enceinte trois autres fois; la première de ces trois grossesses se termine à terme, mais l'enfant meurt au bout de neuf jours; la deuxième finit par une fausse couche; à la troisième l'enfant vit trois semaines et meurt de syphilis.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 10 ANNÉES.

Les deux faits suivants, tous deux observés par M. Fournier, sont comme calqués l'un sur l'autre et se prêtent un mutuel appui.

OBSERVATION XVII (communiquée par M. FOURNIER, et observation longuement suivie).

M. X... prend la syphilis à 19 ans en juillet 1868; début génital, syphilis bénigne, mais plaques de la gorge incessamment récidivantes pendant plusieurs années et malgré le traitement.

M. X... est un fumeur enragé. Il présente une série d'accidents.

En 1871, syphilide du scrotum; en 1872 des érosions linguales « sur la nature desquelles il m'est impossible, déclare M. Fournier, de me prononcer »; en 1873 une roséole annulaire, roséole de retour et une induration des corps caverneux; en 1874, érosions linguales; en 1875, des taches sur les jambes et une récurrence des lésions scrotales.

Il est perdu de vue pendant quelques années; il se marie en 1882.

En 1885, M. X... revient avec des érosions linguales et une syphilide scrotale d'aspect aussi « secondaire » que possible, dit l'observation. Il a un enfant de 8 mois, sain.

En janvier 1886, M^{me} X... présente un chancre syphilitique de la lèvre inférieure à gauche.

A la fin de la même année M. X... est pris d'accidents pulmonaires graves rapportés à une gomme pulmonaire, et dont il guérit.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 18 ANS.

OBSERVATION XVIII (communiquée par M. le professeur FOURNIER).

M. X... contracte la syphilis à 18 ans en 1857; c'était un fumeur enragé qui avait constamment des érosions buccales; il était atteint de plus de tuberculose laryngée à laquelle il succomba dans la suite.

Sa femme fut atteinte en 1874 d'un chancre de la lèvre supérieure.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 17 ANS.

Dans tous les faits que nous venons de rapporter la lésion contagionnante, quand elle n'a pas passé inaperçue, semble avoir été une syphilide papulo-muqueuse ou érosive, accidents de type secondaire bien net; c'est leur apparition tardive qui constitue avant tout l'intérêt de l'observation.

Dans les deux observations que nous citons en dernier lieu ce sont bien des lésions d'aspect tertiaire qui semblent avoir donné la contagion.

OBSERVATION XIX (Dr LANDOUZY, communication au *premier congrès international de dermat.*, 1889. Comptes rendus, p. 715).

Un monsieur frisant la cinquantaine (traité vers la trentaine par Ricord, pour un chancre infectant de la verge) se présente avec une ulcération anfractueuse, suppurant, intermédiaire au gland et au prépuce, ulcération que M. Landouzy diagnostique gomme syphilitique, diagnostic confirmé le jour même par le professeur Fournier.

Aucune autre lésion que cette ulcération gommeuse venue lentement et qui s'est augmentée à la suite des rapports sexuels fréquents et ardents avec sa jeune femme.

Celle-ci, examinée quarante-huit heures après, est atteinte de roséole et de pléiades ganglionnaires multiples. Impossible de trouver la porte d'entrée de la syphilis. Quelques mois après, la jeune femme présente des plaques muqueuses vulvaires, anales, gutturales et linguales.

La gomme de la verge traitée guérit rapidement et M. X... ne présente plus dans la suite aucun accident.

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 20 ANS.

OBSERVATION XX (communication par M. le professeur FOURNIER, recueillie en 1875).

M. et M^{me} X... se présentent à la consultation de M. Fournier le 21 juin 1875 ; ils sont étrangers et viennent de faire une cure d'eaux sulfureuses en France. Cette cure a été indiquée par le médecin de leur pays, pour M^{me} X... qui a présenté en mars précédent tous les symptômes d'une infection syphilitique ; M^{me} X... présente encore actuellement des plaques amygdaliennes. Suivant l'avis du médecin traitant, la syphilis de M^{me} X... lui a été transmise certainement par son mari.

M. X... a eu la syphilis en 1861 ; il a été traité à Aix-la-Chapelle et n'a rien eu pendant treize ans ; en août 1874, il a eu sur la verge une plaie qui a été considérée comme un nouveau chancre, qui a laissé une cicatrice et qui était (diagnostic rétrospectif de M. Fournier) une syphilide tertiaire. Cette ulcération, qui s'est rouverte à diverses reprises, était ouverte en février 1875 alors que le malade avait rapport avec sa femme, et n'a été suivie d'ailleurs d'aucun accident secondaire ; il s'agissait donc bien d'un accident tertiaire. M. X a actuellement un peu d'hémiplégie faciale

Durée de la syphilis au moment de la transmission : 14 ANS.

Aux deux faits ci-dessus nous joignons la curieuse observation suivante telle qu'a bien voulu nous l'envoyer M. le professeur LANDOUZY, que nous remercions de son aimable obligeance. Notre travail était déjà terminé quand nous l'avons reçue : elle vient confirmer d'une part le danger des lésions buccales entretenues par le tabac, d'autre part la possibilité de la transmission par un accident de type tertiaire.

« M. X..., 34 ans, bien constitué, d'apparence solide, sec, neuro-arthritique, très soigné et soucieux de sa personne, se marie n'ayant jamais pris le lit pour une maladie ou une indisposition ; profession demandant de la vigueur physique déployée sans fatigues : détail particulier : M. X..., sobre, actif, homme de famille, est un grand fumeur de cigarettes.

M. X... épouse M^{lle} X..., 22 ans, grande, bien faite, dont les antécédents hérédita-

Un premier fait se dégage de l'analyse de ces observations, c'est que presque toutes les contagions, 16 sur 20, se sont produites dans un délai de dix ans, d'autant plus nombreuses que les sujets étaient moins avancés dans leur syphilis : c'est la confirmation de la règle. Les quatre observations restantes sont celles des deux cas de transmission par un accident tertiaire génital, cas véritablement extraordinaires et qui, nous sommes bien obligé de l'avouer, demandent la confirmation de plusieurs autres, et celles des deux syphilis ayant débuté extragénitalement, qu'un critique sévère pourrait peut-être contester en invo-

taires, collatéraux et personnels sont bons : lymphatisme et arthritisme donnent la caractéristique de la constitution et du tempéramment de la jeune épousee.

Plusieurs années se passent sans autre incident pour le ménage très uni que des accès de regrets de n'avoir pas d'enfant (pas de fausses couches ; règles normales), regrets d'autant plus vifs qu'un accoucheur a déclaré que M^{me} X... « est conformationnée pour avoir une douzaine d'enfants ».

C'est à peine si je suis consulté deux fois l'an et pourtant M^{me} X... sans s'écouter est une femme qui s'observe beaucoup et se tâte quelque peu.

Après quatre ans de mariage M^{me} X..., sans cause appréciable, souffre de la gorge, se plaint de gêne et de douleurs aux angles de la mâchoire (gêne pour avaler, pour parler) : comme la chose se passe durant un déplacement dans sa famille que M^{me} X... fait avec son mari, on supporte ce mal en patience, on se décide à l'endurer jusqu'au retour à Paris ; en y arrivant, les choses vont mieux, n'étaient des glandes placées aux angles du menton, glandes plus gênantes que douloureuses.

A ce moment aucun médecin n'est demandé : pour m'appeler on attend plusieurs semaines parce qu'il se déclare du mal dans la bouche et une éruption un peu disséminée sur tout le corps, plus marquée à la racine des cheveux, au cou, sur l'abdomen ; éruption que la jeune femme montre à sa mère qui reconnaît « l'eczéma que sa fille avait eue une fois étant enfant ».

A ma première visite où m'est faite la narration de ce qui précède, après examen complet, long et détaillé de M^{me} X... (son interrogatoire me permet de reconnaître de la façon la plus nette que dans la quinzaine qui vient de s'écouler elle a eu de la fièvre, de l'inappétence, de la courbature, un grand malaise, des douleurs de tête surtout vespérales, toutes choses qu'elle ne s'expliquait pas), je fis à part moi le diagnostic — ce diagnostic n'est même pas délicat, il s'impose — de plaques muqueuses de la bouche, de syphilides papuleuses disséminées (nombreuses plaques de Bazin) : plaques muqueuses petites, non indurées, commençant, des grandes lèvres ; pléiades ganglionnaires péri-maxillaires cervicales postérieures et latérales, axillaires et inguinales, surtout cervicales, surtout développées au bord droit du maxillaire ; à l'angle droit de la mâchoire se trouve un ganglion indolore, froid, plus gros qu'en aucun autre point du corps.

Luette engainée par une plaque muqueuse opaline, typique : les deux amygdales sont énormes, verruqueuses, la droite surtout, donnant assez l'image d'une grosse framboise.

L'examen des parties ano-génitales ne fait connaître que les plaques muqueuses dont il a été déjà parlé ; les règles ont fini en leur temps ces jours derniers.

Je déclare hautement, d'un air dégagé, qu'il s'agit d'une poussée érythémateuse des muqueuses et de la peau et j'institue séance tenante un traitement local et général, ainsi qu'une diététique visant la crise eczémateuse.

Passant dans le cabinet de toilette du mari (qui ne m'avait jamais consulté), je lui fais tirer la langue : type de glossite tertiaire lisse (ni noyau, ni sillon) flanquée

quant les multiples et fort innocentes façons de contracter la syphilis par la bouche. Ces quatre faits restant plutôt à l'état de curiosités, l'on voit que les faits typiques de transmissions ne se rencontrent guère au delà de dix années. C'est déjà d'ailleurs un délai suffisamment retardé qui nous indique qu'il faut pour certains cas, heureusement en très grande minorité, reculer beaucoup au delà des délais habituellement acceptés, la durée de la virulence de la maladie.

Un second point mérite d'être mis en lumière, le mode de début des syphilis nées de ces transmissions tardives.

sur les bords de plaques psoriasiformes. « Ma langue, mais je n'en souffre pas ; il y a 16 ans que je fume la cigarette, elle ne me fait pas mal, il est vrai qu'il n'y a pas bien longtemps qu'elle est comme cela ».

Examiné, interrogé séance tenante, M. X... ne présente rien d'anormal ; l'examen, l'interrogatoire sont repris minutieusement le lendemain chez moi : ils révèlent l'intégrité apparente parfaite des muqueuses, de la peau et des régions ganglionnaires ; rien absolument à la verge ; rien dans la bouche, le seul trouble de santé est limité à la langue épointée, psoriasiforme.

M. X... n'a jamais, en sa vie de tout jeune homme, consulté que deux fois ; la première pour une blennorrhagie qui a été un peu sérieuse ; la seconde fois pour une « écorchure » à gauche, dans le sillon balano-préputial — pas de cicatrice appréciable — qu'un médecin n'a pas prise au sérieux ; pourtant elle a mis assez longtemps à guérir en gardant le volume d'une lentille « en creux ».

Confessé sur cette histoire comme sur les accidents petits ou grands de la vie, M. X... la raconte avec simplicité, netteté et déclare que depuis son mariage, il n'a rien « vu sur lui ; quant à attraper quelque chose cela ne le pourrait être que de sa femme, ne l'ayant point quittée et n'en ayant point connu d'autres ».

Du reste, il ne songe pas à incriminer sa femme plus que lui-même : si sa femme a quelque chose, cela vient de lui « mais de très loin », car depuis son mariage il n'a point donné le moindre coup de canif au contrat, et pour ce qui est de sa femme, le moindre soupçon d'infidélité ne saurait même lui venir à l'esprit.

Une enquête discrète faite, pour l'acquit de ma conscience, sur les choses et les gens de la maison, de la famille, ne permettait même pas d'essayer de quitter la piste du tertiariisme sur laquelle me jetait la coïncidence d'un accident amygdalien sur la femme d'un mari atteint de glossite, entretenue, avivée par des orgies de cigarettes.

Mon diagnostic, que je fis connaître sans ambage au mari, fut celui-ci : accidents secondaires (muqueuses et peau : céphalée) chez M^{me} X... consécutifs à un accident primitif amygdalien, droit vraisemblablement, étant donnés : l'aspect de l'amygdale droite, la prédominance de la pléiade ganglionnaire droite et la présence d'un « solitaire » droit.

Chancres amygdaliens donnés quelques semaines avant, par le mari.

Le peu de plaques muqueuses sur les parties génitales, la petitesse des ganglions inguinaux, l'absence d'un solitaire rendaient difficile la supposition d'une contamination maritale génitale.

Le rapprochement de la glossite tertiaire de la syphilide pharyngée rendait mon interprétation singulièrement vraisemblable.

Ce qui me donna la conviction absolue que le mari était en puissance de tertiariisme, ce n'était pas seulement l'objectivité linguale (je n'aurais pas chez moi, en l'absence de la syphilis gutturale de sa femme, hésité à porter le diagnostic de syphilis tertiaire linguale, appelée, fixée, entretenue par un fumeur forcené) c'était

Dans tous les cas, sauf dans l'observation XIII où ce fut la femme, atteinte de lésions génitales, qui contamina génitalement l'homme, la contagion s'est faite de l'homme à la femme, ce qui devait être pour ainsi dire fatal, étant donné le genre de documents que nous avions recherchés. Sur ces 19 syphilitiques, 2 (II, XVI) paraissent avoir été des syphilis conceptionnelles; 2 ont débuté par des chancres labiaux, nés d'érosions linguales chez des syphilitiques très anciens (XVII, XVIII); 4 furent reconnues seulement à la période secondaire: la porte d'entrée a échappé ou n'a pas été relevée; parmi elles, figurent

ce fait que depuis plusieurs semaines — on se rappelle que la vulve présentait relativement peu de chose — le mari avait eu fréquemment des rapports avec sa femme; pour que celle-ci ne l'eût pas contaminé, c'est qu'il n'était pas contaminable? le tertiariisme marital était prouvé par ce fait qu'aucune des plaques muqueuses gutturales, latérales, linguales, gingivales, cutanées, labiales inférieures, de la femme n'avait donné la syphilis.

Les choses se présentaient avec une netteté telle que je n'hésitais ni dans mon diagnostic spécifique, ni dans mon diagnostic pathogénique; comme importance doctrinale, je rendis témoins de ce fait les professeurs Hardy et Fournier.

Au premier je fis voir la femme, et mon maître (à qui je n'avais rien raconté de l'observation) me libella ainsi le diagnostic:

Accidents secondaires indiscutables: vraisemblablement, chancre de l'amygdale droite, porte d'entrée.

M. Fournier vit le mari et fit quelques réserves pour un diagnostic *ferme* de glossite tertiaire, étant donné « l'enragé fumeur ». Interrogé sur l'opinion qu'il pourrait prendre d'un mari logé à pareille enseigne linguale psoriasiforme qui, cohabitant de toutes manières avec sa femme en puissance actuelle d'accidents secondaires, ne présentait *rien* nulle part, M. Fournier se rangea au diagnostic spécifique tertiaire de la langue lorsque je lui racontai *toute l'histoire* et accepta que j'avais raison de placer ce fait à côté de ceux dont j'avais parlé au Congrès de 1886.

Inutile de dire qu'au traitement eczémateux prescrit nous avions, le mari et moi, substitué un traitement spécifique qui, en une semaine, remit l'état général, fit disparaître toute fièvre et toute céphalée en même temps qu'il améliorait la bouche et permettait à la malade de manger sans douleurs.

Le traitement spécifique fut marié aux toniques et à une diététique qui transformèrent la malade en six semaines et qui lui permirent d'en finir avec le *mal de gorge* « par qui tout avait commencé ».

Sur ma demande (car rien n'était troublé dans sa santé) le mari prit de l'iodure de potassium et quelques mois après — la jeune femme n'avait jamais eu ni accidents ni suspension de règle — M^{me} X... devenait enceinte (ce cas rentrant dans la catégorie d'une dizaine qui me sont personnels), l'iodure de potassium ayant été de propos délibéré donné au mari comme traitement de la stérilité.

La grossesse se développa normalement, mais au quatrième mois — à propos d'un faux pas en montant en voiture — une fausse couche survint, sans suite fâcheuse du reste.

Quatre ans ont passé sur cette histoire; rien à noter dans la santé de la femme, qui n'est pas encore redevenue grosse; rien à noter dans la santé du mari si ce n'est qu'il a vieilli plus que de raison, qu'il porte plus que son âge, qu'il a des artères dures, qu'il se sclérose, que sa langue garde le même aspect lisse, plaquée de taches (rien à la muqueuse buccale, rien aux commissures; pas de psoriasis des jointures ni du cuir chevelu); il est vrai que le fumeur n'a rien concédé de sa vieille habitude.

les deux syphilis nées des syphilides ulcéreuses de la verge et dont le début fut vraisemblablement génital. Dans les 12 autres cas le chancre génital ou les signes attestant sa présence ont été notés. L'infection génitale est donc dans ces cas tardifs, comme dans les cas habituels, le mode ordinaire de transmission.

Que fut l'incident contagionnant? — Il est resté inconnu six fois sur lesquelles nous avons les 2 syphilis probablement conceptionnelles; 5 fois on a constaté des érosions de la verge ou des bourses; 2 fois, des syphilides ulcéreuses de la verge, d'apparence tertiaire; 6 fois enfin, des érosions buccales ou linguales ayant causé 2 fois des chancres labiaux et 2 fois aussi des chancres génitaux (VIII, XIV).

Le délai écoulé entre le moment du mariage et celui de la transmission est indiqué dans 13 cas : immédiat (XI); deux mois (X); deux mois et demi (V); trois mois (VII, XII); quatre mois (XIV, X, syphilis conceptionnelle); quatre mois et demi (VIII); cinq mois (II, syphilis conceptionnelle); huit mois (VI); trois ans (XVII, chancre extra-génital après la naissance d'un enfant sain); quatre ans (III, mariage ayant eu lieu après deux ans seulement de syphilis, récurrence d'accidents); sept ans (XVI, récurrence d'accidents).

Comme nous le disions donc plus haut, c'est le plus habituellement dans les premiers mois de leur mariage que les malheureuses femmes ont été contagionnées, et ces conditions mêmes de leur contagion donnent une grande valeur à nos observations.

Au moins s'agissait-il chez les maris des syphilis non traitées, et pouvaient-ils être rendus responsables par leur incurie ou leur entêtement du malheur qu'ils occasionnaient? — Pas le moins du monde : il est même remarquable, c'est triste à constater, que la plupart de ces malades s'étaient consciencieusement et longuement traités, le plus souvent sous la direction de maîtres réputés de la syphiligraphie; notre malheureux confrère, sujet de l'observation XII, s'était traité d'une façon presque continue pendant huit ans : il en était de même du malade de M. Mauriac (XIV). Le traitement, comme cela n'arrive hélas que trop souvent, n'avait donc eu aucun pouvoir bien efficace sur la virulence de ces syphilis.

S'agissait-il donc de syphilis grave, de syphilis maligne? — Pas davantage; l'observation XV s'est terminée par la mort du malade devenu ataxique, mais au moment où il contagionnait sa femme, sa syphilis était fort bénigne; dans la moitié des cas la syphilis paraissait même assoupie tout à fait, c'est pourquoi le mariage avait eu lieu depuis quinze à dix-huit mois : depuis quarante mois (obs. II), depuis trois ans (obs. XII).

Dans l'autre moitié des cas il s'agit de syphilis bénignes à petites lésions, mais, point important à retenir, incessamment récidivantes. Les accidents dont le signalement revient le plus dans nos observations ne sont pas de véritables papules muqueuses, mais des érosions,

des fissures linguales, des syphilides superficielles du scrotum, quatre fois de l'onxyis.

Ici nous pourrions ouvrir une parenthèse, et nous demander s'il ne serait pas téméraire d'attacher une valeur pronostique défavorable à ces manifestations; les érosions linguales, ces érosions baptisées quelquefois du nom d'herpès, sur la nature vraie desquelles aucun syphiligraphe n'oserait à coup sûr, maintenant surtout, se prononcer, l'onxyis, la syphilide palmaire signalée deux fois et coïncidant le plus habituellement avec ces érosions linguales et les onxyis, ces accidents toujours où à peu près les mêmes ne pourraient-ils pas être les indices en quelques cas de syphilis plus particulièrement tenaces.

Bien des fois pour notre part nous avons noté la coexistence des lésions linguales et des syphilides palmaires ou plantaires psoriasiformes, et constaté leur résistance au traitement habituel; il faut leur opposer le plus souvent l'injection de calomel; l'injection de calomel qui agit si merveilleusement sur les lésions linguales est aussi le moyen thérapeutique le plus puissant sur ces syphilides psoriasiformes, n'y a-t-il pas aussi dans cette sensibilité commune au même mode de traitement un lien de plus entre ces manifestations; ne pourrait-il s'agir en ces cas de modalités un peu spéciales de la maladie sous une influence, qu'il reste à trouver, peut-être la diathèse arthritique; nous n'oserions aller plus loin sur ce terrain de l'hypothèse; mais nous serions désireux d'attirer l'attention de nos collègues sur ces associations.

Il nous reste à signaler une particularité curieuse de nos observations: quatre fois, la contagion de la femme a eu lieu alors que déjà le ménage avait donné naissance à des enfants sains (III, deux enfants; IV, deux enfants; IX, deux enfants de 6 mois; XVII, un enfant de 8 mois).

Le fait n'est pas pour nous surprendre absolument; de nombreuses observations ont montré qu'en matière d'hérédité syphilitique, la virulence momentanément atténuée, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement récent, pouvait reparaitre même après la naissance d'un enfant sain, et qu'il était dangereux de considérer la naissance d'un enfant sain comme le signe définitif de la guérison. C'est donc au moment des retours offensifs de la virulence que les transmissions relatées plus haut, ont eu lieu comme aurait pu avoir lieu tout aussi bien des conceptions syphilitiques.

Enfin, il nous a paru intéressant pour répondre à certaines préoccupations, à la demande notamment de M. Barthélemy qui pensait que peut-être ces syphilis anciennes à virus vieillis donnaient naissance à des syphilis bénignes, de rechercher ce qu'étaient au moment de la constatation ou ce que devinrent, quand l'observation a été complétée, ces syphilis issues de véroles anciennes.

Voici en quelques mots ce que nous avons pu noter: obs. II, la

femme de notre confrère fut aussi gravement atteinte que son mari l'avait été peu; III, la malade fut atteinte d'hémiplégie; IV, avortement; V, syphilides ecthymateuses graves; VI?; VII, VIII, IX, syphilis bénigne; X, iritis, syphilide palmaire; XI, deux grossesses: 1^o fausse couche, 2^o enfant mort de méningite à un an; XII, syphilides ecthymateuses dès le début; XIII, syphilis bénigne mais incessamment récidivante; XIV?; XV, accidents tertiaires récidivant actuellement; XVI, trois grossesses, trois morts; XVII, XVIII, XIX, XX, suite inconnue.

De ces évolutions variées il est impossible de conclure quoi que ce soit; nous sommes d'ailleurs intimement convaincu qu'en matière d'évolution syphilitique le terrain joue un rôle bien autrement important que la graine.

III

Tels sont dans leur trop aride exposé les faits que nous sommes heureux d'avoir pu soumettre à nos collègues. Ils sont encore en petit nombre; mais nous ne doutons pas, maintenant que l'attention est attirée sur ce point, que leur petite troupe se grossisse rapidement de renforts précieux.

Tels qu'ils sont d'ailleurs, ils sont assez variés dans leur modalité clinique pour que nous puissions sans trop de témérité tirer de leur analyse comparative un certain nombre de conclusions qui ne peuvent avoir la prétention de donner une solution au problème, mais qui serviront peut-être à jalonner la route à parcourir.

Il est impossible quant à présent de donner à la durée de la période contagieuse de la syphilis des limites fixes.

Cette période est essentiellement variable suivant les sujets.

On peut considérer comme répondant à l'immense majorité des faits l'opinion courante qui estime entre trois et quatre années le temps pendant lequel apparaissent et récidivent dans les conditions habituelles les accidents manifestement contagieux (syphilides des muqueuses par exemple), et par conséquent le délai pendant lequel il doit être interdit aux syphilitiques de se marier.

Si de nombreux faits heureux montrent que ce délai pour beaucoup de malades pourrait être diminué, il est prudent, faute de critérium, de s'y tenir.

D'autre part, un certain nombre de faits avérés, heureusement rares, prouvent que la transmission de la syphilis peut se faire au delà du délai communément accepté, après six ans, après dix ans et même davantage.

Ces transmissions tardives sont nécessaires à connaître; elles sont

le fait, le plus souvent, de petits accidents d'apparence bénigne; elles ont lieu le plus habituellement au cours de syphilis ayant déjà fréquemment récidivé, mais elles peuvent aussi dériver de syphilitiques, libres depuis un temps déjà long de tout accident.

Les accidents qui leur donnent naissance sont rarement de véritables plaques muqueuses, mais le plus souvent des érosions d'apparence très simple, il semble aussi que l'on puisse incriminer dans des faits exceptionnels, et demandant de nouvelles confirmations, de véritables syphilides tertiaires.

Les muqueuses génitales paraissent jouer dans ces transmissions tardives le même rôle important que dans les contagions ordinaires; mais la muqueuse buccale dans un tiers des cas environ peut être le point de départ des transmissions.

Si les causes qui provoquent et entretiennent ces poussées syphilitiques nous échappent le plus souvent, du moins dans les syphilis d'origine génitale, il en est une du moins, dont l'importance pour la muqueuse buccale a besoin d'être affirmée: c'est le tabac. La plupart des malades de nos observations étaient de grands fumeurs et portaient des érosions linguales et buccales.

Il y a donc lieu de se montrer plus sévère vis-à-vis du mariage, envers les malades fumeurs et sujets aux érosions buccales, le tabac jouant un rôle manifeste dans la prolongation de la durée de la période contagieuse de la syphilis.

L'influence du traitement antérieur ne paraît pas bien grande sur ces syphilis à virulence prolongée.

Dans quelques cas très malheureux, mais aussi très rares, la contagion paraît s'être effectuée sans que rien dans la marche de la maladie et les antécédents aient pu le faire prévoir; on est donc obligé, en l'absence d'un signe certain de non-contagiosité, de réserver une place dans le pronostic de l'avenir des syphilitiques, pour la possibilité de contagions tardives, qui ne peuvent être scientifiquement prouvées.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JUILLET 1896

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : MM. EUDLITZ, HALLOPEAU, GAUCHER. — Stigmates de syphilis héréditaire, dents d'Hutchinson, par M. FEULARD. (Discussion : MM. FOURNIER.) — Syphilis héréditaire, destruction d'une partie du nez et du voile du palais, par M. FEULARD. — Prurigo diathésique chez un enfant, par M. FEULARD. (Discussion : MM. BESNIER, GASTOU, FEULARD, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY.) — Contagion hospitalière de la syphilis, par M. G. BROUARDEL. (Discussion : MM. FOURNIER, LEREDDE, BESNIER.) — Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel, par M. BROUARDEL. (Discussion : MM. FOURNIER, JULLIEN, BARTHÉLEMY, BESNIER.) — Réflexions à propos d'un cas de dermatite herpétiforme sur la nature de cette affection, par MM. GAUCHER et CLAUDE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BESNIER, BARTHÉLEMY, LEREDDE, GAUCHER.) — Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel, par M. MENDEL. (Discussion : M. FOURNIER.) — Hémiplegie spinale syphilitique, survenue au début de la période secondaire, par M. FOURNIER. (Discussion : M. ABADIE.) — Chancres indurés multiples, par M. CANUET. — Gommès syphilitiques, atrophies musculaires multiples, par M. DU CASTEL. — Pseudo-lupus syphilitique, par M. FOURNIER. (Discussion : M. BESNIER.) — Pityriasis rubra pilaire, par M. DU CASTEL. — Éruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections, par M. DU CASTEL. — Mycosis fongoïde, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Deux cas typiques de lichen scrofulosorum, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Note sur l'ulcère de Madagascar, par MM. FRADET et LEGRAIN. — Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures, par M. LEGRAIN. — Note sur le clou de Biskra, par M. LEGRAIN. — Myélite syphilitique aiguë précoce, par M. J. BRAULT. — Traitement du psoriasis par les injections mercurielles, par M. J. BRAULT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. ERNEST BESNIER annonce la mort de M. le professeur LELOIR, membre titulaire de la Société ; il rappelle les services rendus par M. Leloir à la science dermatologique. Les nombreux travaux qu'il avait produits étaient le fait d'une activité incessante, d'une compétence indiscutée, et témoignent de ce qu'il aurait pu encore produire, s'il n'avait été enlevé en pleine maturité de son talent. Sa mort prématurée est une perte irréparable pour l'école dermatologique française.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

1^o **Urticaire pigmentée.**

M. EUDLITZ. — Je désirerais compléter quelques points de l'observation de la petite malade atteinte d'urticaire pigmentée que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société dans la séance précédente. J'ai étudié à nouveau l'état dermatographique de la peau sur laquelle mon attention n'avait pas été suffisamment attirée. J'ai pu constater que le dermatographisme chez ma malade était assez accusé, et en insistant par le grattage on réussit à provoquer des éléments d'urticaire. Enfin M. Darier a bien voulu pratiquer la biopsie et l'examen histologique confirme absolument le diagnostic d'urticaire pigmentée.

2^o **Curabilité du lupus par l'érysipèle.**

M. HALLOPEAU. — La réplique de M. Thibierge à la nouvelle communication que j'ai faite avec M. Bureau sur la curabilité du lupus par l'érysipèle me force à revenir sur cette question : « il est dangereux, il est coupable, dit-il, de parler du traitement de lupus par l'inoculation de l'érysipèle ». Voilà de bien dures paroles que je ne puis laisser passer sans protestation ; sans doute on n'est pas encore assez certain de pouvoir, à coup sûr, enrayer l'évolution d'un érysipèle pour proposer l'inoculation de cette maladie comme méthode générale de traitement ; mais, d'autre part, le lupus est une maladie tellement pénible, l'action de l'érysipèle est parfois si bienfaisante, ses dangers sont si atténués grâce à la médication par l'ichtyol, que nous n'hésiterons pas, pour notre part, à proposer cette chance de guérison à un malade intelligent prévenu du danger qu'il pourrait courir.

3^o **Éléphantiasis de la verge.**

M. GAUCHER. — M. Brouardel a présenté à la dernière séance un malade atteint d'éléphantiasis de la verge et du scrotum à la suite de l'ablation des ganglions inguinaux. J'avais eu l'occasion d'observer ce malade et son histoire a déjà été publiée dans la thèse de Follet.

Stigmates de syphilis héréditaire. Cicatrices labiales, kératite, altérations dentaires.

Par M. H. FEULARD.

Cette jeune malade, âgée de 12 ans, me semble intéressante à cause des stigmates héredo-syphilitiques qu'elle présente à la face, surtout à cause des altérations dentaires.

L'enfant est suffisamment grande pour son âge, et d'un développement intellectuel ordinaire : elle lit et écrit bien.

Son système osseux paraît sain, et elle ne porte sur le corps aucune cicatrice.

Au contraire à la face, le pourtour de la commissure labiale gauche, la

lèvre inférieure presque entière sont le siège de cicatrices étendues un peu brunâtres et gaufrées.

Taies sur les deux cornées, plus marquée à droite; pas d'altération de l'ouïe.

Les lésions les plus remarquables sont celles de la dentition à la *mâchoire supérieure*.

Les deux incisives médianes ont sur leur bord libre une *échancrure semilunaire* leurs angles sont arrondis et l'incisive médiane gauche représente assez bien la disposition dite en « tournevis »; sur la dent de gauche, petite érosion en cupule; les deux incisives latérales sont saines; la canine de droite est atrophiée, la gauche est saine. Les prémolaires sont saines, sauf une petite carie de la droite. La première grosse molaire droite est atrophiée et cariée; la gauche est saine.



A la *mâchoire inférieure* les incisives sont peu altérées, leur bord est seulement un peu découpé en scie; les canines sont indemnes; les prémolaires sont saines; les premières grosses molaires sont saines, les deuxièmes sont cariées.

Voici d'ailleurs la reproduction photographique faite d'après un cliché de M. Méheux à la grandeur naturelle; on verra donc bien exactement les altérations, notamment les altérations en croissant des incisives supérieures médianes. Ces dents me paraissent constituer un beau type des dents dites d'Hutchinson (1).

(1) Dans la plupart des traités de syphiligraphie ces altérations sont dessinées,

Ces lésions, dents, taies des cornées, cicatrices labiales, sont les seules que présentent cette enfant ; elles n'en ont pas moins pour moi une grande valeur pour le diagnostic rétrospectif de syphilis héréditaire. Le peu de renseignements que j'ai pu recueillir semble d'ailleurs corroborer cette hypothèse. La mère, qui est domestique, et que je n'ai pu examiner que très peu de temps pendant un court séjour à Paris, est saine ; elle est âgée de 38 ans et fut mariée à 22 ans. Elle a eu trois grossesses : 1° une fausse couche de 4 mois ; 2° un enfant venu à 8 mois, mort dix jours après ; 3° l'enfant actuel.

Le père a quitté la mère au moment de sa troisième grossesse.

Ce cas montre, à notre avis, une fois de plus la valeur, au point de vue du diagnostic rétrospectif, des altérations dentaires.

M. FOURNIER. — Les altérations décrites par Hutchinson portent sur les incisives médianes supérieures. Celles-ci sont écartées à la base et convergentes à l'extrémité libre, creusée d'une encoche ; elles ont une forme de tournevis. En dehors de ce type, Hutchinson ne reconnaît pas de lésions dentaires sûrement hérédosyphilitiques. Pour moi, la dystrophie cuspidienne de la première molaire est aussi caractéristique que la dent d'Hutchinson.

Accidents de syphilis tertiaire chez une enfant de 5 ans et demi ; destruction d'une partie du voile du palais ; destruction d'une partie du nez ; syphilis méconnue, probablement héréditaire.

Par M. H. FEULARD.

Hier même était amenée à la polyclinique de l'hôpital des Enfants-Malades l'enfant que je vous montre aujourd'hui.

Elle est âgée de 5 ans et demi et de taille suffisante pour son âge ; son père nous la présentait pour une lésion du nez, un bobo ennuyeux, dit-il, durant depuis plusieurs mois.

Au premier abord, l'enfant semblait avoir un de ces eczémas impétigineux vulgaires des narines si fréquents chez les enfants mal tenus. D'énormes croûtes bouchaient les narines et masquaient la face inférieure du lobule du nez ; mais une fois ces croûtes enlevées on constatait une grande ulcération ayant détruit la sous-cloison, érodé la face interne des narines et de l'extrémité nasale. Un tel processus destructeur ne pouvait être attribué qu'à la tuberculose ou à la syphilis.

L'examen de la bouche levait immédiatement toute espèce de doute en faveur de la syphilis.

c'est à dire interprétées et peut-être un peu schématisées. Ici c'est la reproduction directe sans aucune retouche.

La dentition est dans un état déplorable, toutes les dents (dents de première dentition) sont réduites par la carie à l'état de chicots, ou sont atrophées. Les deux incisives médianes inférieures (dents de seconde dentition) ont leur bord découpé en dents de scie.

Si l'on fait ouvrir la bouche grande, on constate avec stupéfaction de graves destructions; la luvette, une partie du voile ont disparu, la paroi postérieure du pharynx présente une vaste cicatrice et les piliers postérieurs lui sont en partie adhérents. Et de semblables ravages ont pu se faire sans que personne en ait eu notion; le père, effrayé, reste stupéfait des résultats de notre examen.

Pour compléter l'ensemble morbide, l'enfant présente sur la cornée droite une petite taie, à la région sous-maxillaire gauche une cicatrice d'abcès qui a plutôt l'apparence des cicatrices d'abcès scrofulo-tuberculeux, au milieu de la joue droite une petite cicatrice rosée gaufrée.

L'audition est bonne; il n'y a pas eu d'écoulement d'oreille.

Rien du côté du squelette; mais à la partie inférieure de la fesse droite, une cicatrice déprimée semblable à celle du cou, d'un abcès ayant duré fort longtemps et traité, paraît-il, autrefois à l'hôpital Trousseau, et à la région lombaire inférieure des cicatrices gaufrées sur l'origine syphilitique desquelles il n'y a pas de doute. Enfin, en écartant les fesses, autour de l'orifice anal se voient des cicatrices pigmentées dont la forme et la disposition indiquent aussi fort nettement l'origine.

Le père qui accompagne l'enfant est âgé de 49 ans, bien portant et a deux autres grands enfants, deux filles l'une âgée de 18 ans, l'autre de 17 ans, bien portantes. La mère est morte un an après la naissance de cette fillette; le père a de bonnes raisons pour croire que cette troisième enfant n'est pas de lui. Ainsi s'explique sans doute l'origine de la syphilis de cette enfant dont le père légal est indemne de syphilis. A moins que l'on n'admette, ce qui est possible, que l'enfant qui fut envoyée en nourrice à l'âge de 1 an et qui n'avait, paraît-il, présenté jusque-là aucun accident, ait été contaminée en bas âge.

L'origine de cette syphilis, hérédité ou contagion en bas âge, reste donc inconnue: mais il est remarquable de voir combien elle a abouti rapidement au tertiérisme et avec quelle gravité. Il est vrai quelle ne fut jamais traitée, ayant été absolument méconnue jusqu'à ce jour. N'est-il pas remarquable aussi que de telles lésions pharyngées, le fait d'ailleurs n'est peut-être pas absolument rare, puissent évoluer sans amener aucune réaction, aucune gêne, on peut dire, suffisante pour éveiller l'attention.

Prurigo simple chez un enfant.

Par M. H. FEULAD.

Voici un jeune bébé, âgé de 20 mois, entré à l'hôpital depuis hier, que

je n'ai pas eu le temps d'étudier complètement, mais que je désire vous montrer, car son cas me paraît tout d'actualité. Il est atteint de prurigo, et j'oserais dire de prurigo typique. C'est un enfant bien portant qui a fait un premier séjour dans le service de M. le professeur Grancher l'an dernier, à pareille époque, pour une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Il est resté un mois à l'hôpital, est sorti bien guéri et revient avec une éruption datant déjà de six mois. Le corps entier, le cuir chevelu lui-même, est couvert de petites papules excoriées la plupart à leur sommet, papules très fines, sans sérosité, sans autre élément que l'on trouve si souvent surajouté dans ces cas de strophulus et d'urticaire; il n'y a pas non plus de réaction bien marquée de la peau, ni signes de grattage, ni eczématisation, ni lichénification : encore une fois un prurigo, plutôt léger, de type pur. Les démangeaisons sont violentes la nuit seulement, et réveillent l'enfant; son appétit est bon; les selles sont régulières, non fétides.

Comme origine à ce prurigo je trouve, comme dans la presque totalité des cas, des écarts digestifs, une surcharge alimentaire.

Jusqu'à 13 mois, l'enfant a été nourri au biberon : il prenait jusqu'à deux litres de lait par jour; depuis l'âge de 13 mois, il mange « comme ses parents ». C'est au bout d'un mois de ce régime (viande, vin, etc., dans l'intervalle des repas, eau et café, la nuit demi-litre de lait) que l'éruption s'est montrée.

Ce cas me paraît fort intéressant à examiner au moment où va être discutée à Londres la question du prurigo. Je ne vois pas comment on pourrait appeler cette éruption, sinon prurigo. Elle dure depuis six mois et n'a pas encore provoqué un grand retentissement, mais nous la saisissons à son début et qui sait si ce ne sont pas ces mêmes cas qui deviennent dans l'avenir, s'ils ne sont pas traités, de véritables prurigos de Hebra (1).

M. GASTOU. — J'ai souvent remarqué le début du prurigo infantile à la suite de maladies infectieuses, d'abcès cutanés. L'inoculation de fragments biopsés au cobaye amène toujours des suppurations.

M. FEULARD. — C'est seulement par l'étude de faits de ce genre que l'on pourra déterminer les lésions initiales et les caractères primordiaux du prurigo de Hebra.

M. BESNIER. — Quelle étiquette faut-il mettre sur la maladie dont est

(1) Nous avons eu l'occasion de revoir l'enfant huit jours après sa présentation. L'éruption s'était considérablement amendée. Il restait seulement quelques papules sur les avant-bras; sur les membres inférieurs, la peau était devenue absolument unie et offrait seulement quelques macules pigmentées. Aucune lésion nouvelle, aucune trace de grattage. L'enfant dort bien et va bien. Le traitement externe a été intentionnellement nul; le traitement interne a été avant tout hygiénique; l'alimentation a été réglée (lait et deux soupes) et on a donné seulement deux doses quotidiennes de 10 centigr. de benzonaphthol.

atteint cet enfant. Il n'a pas la gale, mais, d'autre part, il ne présente pas la lésion élémentaire, la papule du prurigo de Hebra, celle qui a été décrite par Leloir d'abord, puis étudiée par Tommasoli, Darier, Hallopeau, Unna. Cependant, la maladie dont il est atteint est un prurigo.

M. HALLOPEAU. — Je me range complètement à l'avis de M. Besnier.

M. BARTHÉLEMY. — Je me réjouis des paroles que vient de prononcer notre président, M. Besnier, sur la pathogénie du prurigo. Pour ma part, j'ai déjà à plusieurs reprises protesté contre l'exclusivisme de la séropapule et, par conséquent, contre l'interprétation nosologique que comporte la question; ce n'est pas le cas d'y revenir par simple incidence. Je persiste pour ma part à penser que si ces dermatoses se produisent, c'est sous l'influence de résorptions de produits des fermentations gastro-intestinales. Il en résulte une série de troubles du côté de la peau, qu'il faut, jusqu'à nouvel ordre, désigner sous le nom de toxidermies polymorphes, car elles peuvent être érythémateuses simples, érythémato-ortiées; il ne s'agit pas, bien entendu de l'urticaire vraie, mais plutôt de cette maladie qui débute avec ce qu'on cherche à englober sous le nom de strophulus et qui aboutit à certains lichens autres que le lichen plan. Au lieu d'éruptions érythémato-ortiées simples, il peut survenir au centre une séropapule; mais celle-ci n'est pas le début, c'est déjà un phénomène secondaire; si cettedermatose se prolonge, c'est que les fermentations se reproduisent chaque jour, soit par mauvaise qualité, soit par quantité défectueuse des aliments; de là la durée tout à fait inégale et impossible à fixer d'avance, ce qui est une cause continuelle d'embarras pour le médecin traitant.

M. HALLOPEAU. — Colcott Fox a insisté sur les lésions urticariennes dans le prurigo de Hebra; les rapports de celui-ci et de l'urticaire sont intimes.

M. FEULARD. — L'urticaire vraie est plutôt rare chez l'enfant.

Contagion hospitalière de la syphilis.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade, qui soigné dans le service pour un eczéma des bras, y a contracté la syphilis.

Malgré une enquête minutieuse, nous n'avons pu déceler d'une façon certaine la cause directe de la contamination.

C..., âgé de 45 ans, emballleur, était entré dans le service de M. le professeur Fournier, le 23 mars 1896. Il était placé dans la salle Saint-Louis, n° 37. On l'y soigna pendant un mois et demi pour un eczéma des bras, avec des applications de caoutchouc et de vaseline boriquée. Il présentait en même temps des symptômes de bronchite greffée sur un emphysème déjà ancien. Il quitta le service le 10 mai 1896, très amélioré.

Il revint nous trouver le 7 juillet 1896. Il y a un mois environ il a vu deux ulcérations se développer peu à peu sur la partie externe de son bras gauche. Actuellement ces ulcérations ont les dimensions de deux pièces de deux francs et sont situées l'une au-dessus de l'autre, séparées par un intervalle de peau saine de 4 centim. environ.

Ces ulcérations ont tous les caractères des chancres indurés (aspect, couleur chair musculaire, induration, bubon axillaire). Nous constatons en même temps l'existence d'une roséole généralisée.

D'après les lésions actuelles, on peut dire que la contagion remonte au mois de mars, et a eu lieu par conséquent pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Nous avons fait une enquête minutieuse pour chercher la cause directe de la contamination ; nous n'avons pas trouvé de fait précis et nous sommes réduits à faire des hypothèses.

La contamination par l'application du caoutchouc doit être écartée, car le caoutchouc n'a été employé absolument que par lui.

L'inoculation s'est-elle faite par l'intermédiaire de la capote qu'on lui a donné et qui aurait été insuffisamment désinfectée ?

La contagion s'est-elle faite par un frottement contre les barreaux du lit ou contre la table de nuit qui auraient été souillés par le malade précédent, soigné pour la syphilis, ou bien encore a-t-elle été causée par le malade du lit voisin, syphilitique également ?

Ce sont là des hypothèses ; l'inoculation a été en tout cas facilitée par les lésions d'eczéma.

M. FOURNIER. — C'est la seconde fois que j'observe un fait semblable dans mon service, je ne saurais trop dire combien je le trouve regrettable et que je juge nécessaire de prendre toutes les précautions pour qu'il ne se reproduise pas.

Nous suivons sans doute dans notre service toutes les mesures personnelles qui peuvent nous empêcher de disséminer le virus syphilitique. Le lavage des mains, le nettoyage des instruments sont répétés plus souvent même qu'il n'est nécessaire. Jamais on ne cautérise une lésion non syphilitique qu'avec un crayon de nitrate d'argent neuf.

Mais les soins hospitaliers sont-ils suffisants ? Voici par exemple la table de nuit du syphilitique, souillée par ses vêtements, ses objets de pansement : parfois le voisin s'en sert et elle n'est pas nettoyée tous les jours. Les malades ont droit dans les salles à trois draps, or deux sont renouvelés toutes les semaines, mais le troisième reste de par le règlement jusqu'à ce qu'il soit évidemment sale. Chaque malade devrait avoir sa cuvette et son abaisse-langue personnels. Sans doute bien des progrès ont été faits depuis le temps où je ne trouvais à Lourcine qu'une canule d'irrigation servant à toute une salle de femmes. Mais fait-on assez ?

Je signale encore le danger des capotes que les malades échangent si facilement : précisément, dans le cas actuel, je soupçonne la capote d'avoir été le véhicule de la syphilis.

Je viens demander à la Société de nommer une Commission qui étudiera les mesures à prendre pour proscrire la contagion.

M. LEREDDE. — N'y a-t-il pas un véritable danger dans les poussières des salles? Un syphilitique dont la bouche est envahie par des plaques muqueuses, peut cracher, et répandre ainsi le germe de la syphilis. C'est ce qui se passe pour la tuberculose dont le bacille infecte les poussières et les parquets des hôpitaux.

La suppression de la poussière rendrait un véritable service aux malades et aux médecins.

Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel.

Par M. GEORGES BROUARDEL.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade qui a été traité, dès le début de sa syphilis, par des injections de calomel, et qui revient nous voir, un mois après la dernière injection, présentant les symptômes d'une glossite décapillante.

Louis S..., âgé de 23 ans, jockey, se présente à la polyclinique au commencement de février 1896; nous lui trouvons un chancre induré situé sur la face supérieure de la verge, immédiatement en arrière du gland.

On lui fait des injections de calomel, chacune de 0 gr. 05, répétées tous les huit jours.

Voici le détail de ces injections :

3 mars 1896. Première injection (10 jours après l'apparition du chancre), douleur très vive, presque immédiatement après l'injection. Gros nodus.

Le 10. Deuxième injection, très douloureuse, gros nodus.

Le 17. Troisième injection, pas de douleur, petit nodus.

Le 24. Quatrième injection, très peu de douleur, petit nodus.

Le 31. Cinquième injection, pas de douleur, ni de nodus.

7 avril. Sixième injection.

Le 14. Septième injection, pas de douleurs, petit nodus.

Le 21. Huitième injection.

Le malade a donc reçu comme traitement, à partir du dixième jour après le début du chancre, huit injections de calomel de 0 gr. 05 chaque.

4 juillet. Il revient à la polyclinique et nous trouvons une éruption de syphilides dans la bouche.

Le 7. Nous constatons une glossite décapillante qui atteint presque toute la surface de la langue.

M. FOURNIER. — J'ai fait présenter ce malade pour démontrer que le calomel n'est pas un médicament héroïque et qu'il n'y a pas, en particulier, et comme on l'a dit, de jugulation de la maladie du fait de son emploi.

M. JULLIEN. — L'usage du calomel dès le début de la syphilis diminue

l'intensité de la maladie, retarde l'apparition de la roséole. Pour nous, retarder c'est atténuer.

M. BARTHÉLEMY. — Que mon cher et éminent maître, le professeur Fournier, me permette de dire que les injections de calomel sont (sous réserves des injections intra-veineuses dont je n'ai pas encore l'expérience) de beaucoup plus actives et plus protectrices que les pilules, sirops, ou frictions mercurielles. Cela est maintenant incontestable.

Il n'est donc pas contraire à la logique de penser qu'il peut être utile au moment du début de l'infection, de protéger l'organisme par les moyens qui, pour être tolérés, se sont cependant contre des accidents avérés montrés les plus efficaces. Voilà pourquoi j'ai tenté souvent déjà — sans l'imposer aux malades mais le leur conseillant — de pratiquer une injection hebdomadaire de calomel (4 à 6 en tout) dès le moment où l'infection spécifique était reconnue. Nous ne saurons évidemment que dans dix, quinze ou vingt ans si notre protection a été vivement et profondément efficace. Mais en tout cas cette tentative est rationnelle, est raisonnable ; toutefois, il n'a jamais été dans ma pensée, qu'on pouvait ainsi juguler l'infection syphilitique. Ce n'est pas par le mercure, c'est par le sérum ou par d'autres moyens similaires (administrés au moment de l'inoculation première ou dans les premiers temps du chancre) qu'on aura plus tard quelque chance de combattre directement la grave infection. Actuellement hélas, il est à peine question d'atténuer le virus, soit par les courants électriques, soit par le mercure. Mais aucun traitement jusqu'à ce jour ne peut empêcher les cas comme celui que nous montre aujourd'hui M. Fournier. Toutefois on sait que, parmi les préparations mercurielles, le calomel (bien plus actif que le salicylate de mercure auquel j'ai renoncé) est des plus puissants ; c'est donc lui qu'il y a lieu d'employer le plus tôt possible quand le sang est virulent, sans attendre que l'organisme soit menacé dans un de ses rouages indispensables.

M. BESNIER. — Nous connaissons bien jadis l'existence de malades ayant des syphilis rebelles à tout traitement, ces mêmes malades résisteront dans certains cas au calomel.

Réflexions, à propos d'un cas de dermatite herpétiforme, sur la nature de cette affection.

Par MM. E. GAUCHER et H. CLAUDE.

Le pemphigus prurigineux ou pemphigus chronique bénin, généralement appelé aujourd'hui dermatite herpétiforme ou maladie de Duhring, est une affection dont la nature a été très discutée dans ces derniers temps.

Le cas suivant, que nous avons longuement observé et à propos duquel nous avons fait des recherches histologiques, chimiques et

bactériologiques multipliées, nous semble propre à élucider l'étiologie de cette dermatose.

Lucie P..., 40 ans, ménagère, est entrée le 2 janvier 1896, à l'hôpital St-Antoine, salle Nélaton, n° 4. C'est une femme d'une constitution médiocre. Elle donne les renseignements suivants sur sa famille et sur elle-même.

Son père est fort, en général bien portant; il n'a jamais eu de maladies sérieuses; il n'est pas rhumatisant ni nerveux; mais il paraît être un peu alcoolique. Il aurait eu, il y a 30 ans, une maladie de peau constituée par de petits boutons rouges, sans bulles.

Sa mère est d'une santé délicate, mais n'a été atteinte d'aucune affection caractérisée.

Une sœur de la malade est d'une très bonne santé.

P... s'est bien portée jusqu'à 27 ans. Elle fut atteinte à cette époque de rhumatisme articulaire. La maladie se localisa particulièrement sur les genoux et surtout le genou gauche. Elle dut garder sept mois le lit, marcha ensuite à l'aide de béquilles pendant cinq mois, et actuellement l'articulation est encore en partie ankylosée, mais n'est pas le siège de douleurs. Depuis dix-huit mois elle a une bronchite (?) qui n'a guère cessé, sans toutefois l'incommoder beaucoup.

Son mari est d'une bonne constitution et très bien portant. Elle a eu une fille qui a dix ans maintenant et est d'une santé délicate. Autrefois elle avait eu un enfant qui naquit à sept mois et ne vécut pas.

Cette femme ne semble pas avoir été dans de mauvaises conditions hygiéniques, elle a toujours eu une bonne alimentation et n'a subi aucune intoxication. Elle éprouva, il y a un an, un grand chagrin; des revers de fortune modifièrent considérablement sa situation; des ennuis de famille s'ajoutèrent à ses préoccupations personnelles, elle fut très secouée, très tourmentée et demeura triste, nerveuse et très impressionnable. Sa santé générale s'affaiblit, elle maigrit beaucoup et était très anémiée.

Il y a un mois, c'est-à-dire dans les premiers jours de décembre 1895, les règles se montrèrent très abondantes, contrairement à l'habitude; aussitôt après celles-ci, elle présenta quelques petits boutons sur le ventre et sur les cuisses. Ceux-ci augmentèrent de nombre et d'étendue et bientôt ils couvrirent le corps. Des bulles se montrèrent vers le 25 décembre. Les règles revinrent au début de janvier, peu abondantes et cessèrent au bout d'une journée.

État actuel (4 janvier). — La malade présente sur tout le corps, *sauf la face*, des lésions d'ordre divers, mais qui se caractérisent en général de la façon suivante. Sur des plaques à fond rosé, saumonné, plus foncées sur les bords, se montrent des éléments légèrement papuleux, ou vésiculopapuleux, ou bien de véritables bulles de taille variable. Par endroits, ces lésions ont un aspect pustuleux; ailleurs, elles sont en voie de réparation et se manifestent par une desquamation prononcée. Comme l'éruption est un peu prurigineuse, il existe partout des traces de grattage.

Si l'on analyse de plus près les lésions des diverses parties du corps, on voit que la face palmaire des mains est intacte. Les doigts et les ongles

sont indemnes. La face dorsale des mains présente quelques grosses bulles se détachant sur un fond rouge framboisé. Il en existe deux très grosses à droite et quatre à gauche. Les avant-bras sont couverts sur toute leur étendue de petites bulles dont on peut suivre l'évolution : l'apparition de la bulle est annoncée par une sensation de brûlure, d'ardeur à la peau, très spéciale qui ne trompe pas la malade. Bientôt, en effet, une rougeur superficielle se montre, suivie du gonflement du derme, puis l'épiderme se soulève, et en quelques heures la bulle est formée. Elle a un aspect citrin, orangé, jaunâtre, son contenu est clair d'abord, et ne contient que quelques leucocytes. Mais elle subit vite la transformation séropurulente, se ride, et le plus souvent s'ouvre ou est ouverte mécaniquement, d'autres fois, elle se fêlrit et se dessèche. On ne constate de toutes façons, au bout de quelque temps, que des croûtelles grisâtres ou brun rougeâtre, plus ou moins épaisses ; la sensation prurigineuse persiste durant toute l'évolution de la lésion. Au pli du coude, sur les bras, les épaules, les mêmes éléments vésiculo-bulleux ou bulleux se rencontrent, un peu moins abondants toutefois. Ils sont aussi moins nombreux au cou. Partout où ont apparu les lésions, la peau est épaissie, indurée profondément, surtout lorsque les vésicules ou les bulles rompues ont laissé une surface épidermique dénudée et suppurante.

Aux membres inférieurs, l'aspect est à peu près semblable. Toutefois les placards sur lesquels se développent les éléments vésiculo-bulleux sont beaucoup plus étendus et plus pigmentés ; après la disparition de ces derniers, il subsiste de larges taches d'une teinte rose, saumonée ou chamois, légèrement squameuses. Les plis articulaires ne sont pas le siège de lésions plus prononcées de la peau, de sorte que tous les mouvements s'exécutent facilement.

Il n'existe pas d'altération des poils, ni des ongles.

La sensibilité, dans ses divers modes, est intacte sur tout le corps. Mais la malade se plaint de vives démangeaisons. Le prurit s'accroît le soir, la chaleur du lit l'excite. Elle ressent également une sensation gênante de froid, elle est toujours « gelée » depuis le début de sa maladie, même lorsqu'elle est très couverte.

Sa santé générale n'est pas mauvaise. Il n'y a pas de fièvre. On constate quelques signes de bronchite dans la poitrine, mais pas de tuberculose (examen des crachats négatif au point de vue du bacille de Koch). Le cœur est normal. Les fonctions digestives sont bonnes ; il existe un peu de constipation. On constate des traces d'albumine dans les urines.

Traitement : Régime lacté. Pommade boricuée et mentholée pendant deux jours, puis poudre d'amidon et de talc. A l'intérieur, arséniate de soude : 2 milligr.

13 janvier. Depuis quelques jours les bulles ont cessé d'apparaître. Les démangeaisons n'existaient plus, mais aujourd'hui, nouvelle sensation de brûlure aux jambes, de démangeaisons sur les doigts et la paume des mains. Deux ou trois bulles de volume moyen se sont développées sur le dos de la main. Les placards rougeâtres disséminés sur le reste du corps ont diminué d'intensité. Les éléments qui les recouvraient ont disparu, laissant une petite cicatrice brune, squameuse, ou une croûte noirâtre

achevant de se détacher. Sur les parties où la peau est plus fine (main, dos du pied, cou), à la place où sont apparues de grosses bulles autrefois, le derme est épaissi, infiltré ; la peau est d'une coloration rose violacée et la desquamation assez prononcée s'accompagne d'un peu de prurit. On constate aussi sur les doigts et la paume des mains une exfoliation de lamelles épidermiques, comme dans la scarlatine ; or, en ces points, il n'y a pas eu de bulles.

Les cheveux, les cils, les ongles sont toujours indemnes.

La sensation de froid persiste. La santé, en général, n'est pas mauvaise.

Le 20. A la main gauche, au niveau d'une ancienne bulle, la cicatrisation s'accompagne d'un épaississement très accentué du derme. La peau, d'une coloration brune légèrement rosée, prend un aspect verruqueux, par suite d'une sorte de végétation des papilles verruqueuses recouvertes de couches épidermiques cornées, sèches. Cette lésion est à l'état d'ébauche sur certaines autres plaques indurées cicatricielles. Il n'existe plus de poussées vésiculo-bulleuses, mais çà et là quelques éléments papuleux, papulo-nouveaux ou même pustuleux. D'une façon générale, l'amélioration de la dermatite est très sensible.

Le 23. Toutes les lésions sont cicatrisées ou en voie de cicatrisation, mais il existe encore par places de petits éléments rougeâtres, peu saillants, indurés, d'aspect acnéique, papulo-pustuleux.

Le 28. Nouvelle éruption de petites papules prurigineuses, plus ou moins confluentes ; sur quelques-unes se montrent des bulles toutes petites, du volume d'une tête d'épingle ou d'une petite lentille. On constate leur présence aux avant-bras et aux mains, même sur la face palmaire où la desquamation était déjà auparavant assez abondante. Le cou et la face sont indemnes. Quelques papules se montrent dans les cheveux. Au niveau des membres inférieurs, toutes les lésions sont cicatrisées.

Le 31. Quelques petites bulles se sont montrées encore au milieu des éléments papuleux ou sur les macules anciennes, toujours annoncées par la sensation de prurit, particulièrement la nuit. En somme, l'éruption est dans une période de régression et la plupart des lésions sont en voie de disparition.

Le cuir chevelu a été à peine atteint. La face n'a jamais été touchée ; le cou est le siège de petites papules et d'une légère desquamation. Sur le dos et la poitrine il n'y a eu que peu de lésions ; en général elles sont restées papuleuses, souvent cunéiformes et non suintantes. Sur les membres, au contraire, la dermatite s'est caractérisée surtout par les vésicules et les bulles. Celles-ci ont été particulièrement grosses aux pieds et aux mains.

L'éruption n'a présenté aucune distribution spéciale, elle ne s'est pas limitée à des segments du corps, et ne parut jamais en rapport avec une disposition anatomique nerveuse ou métamérique.

Il n'y a pas eu de troubles de la sensibilité objective, et l'on ne note que le prurit et la cryesthésie, surtout accentués au début de l'affection. Mais la nervosité de la malade est très accusée : elle est inquiète, impressionnable. Le fait d'examiner ses mains l'émotionne, et détermine une sécrétion sudoripare active sur la pulpe des doigts et sur les avant-bras.

Le prurit est exagéré par le frottement. De même il suffit à la malade de frotter un peu énergiquement les paumes des mains l'une contre l'autre pour faire apparaître des papules, toutes petites mais prurigineuses. Ces lésions sont d'ailleurs tout à fait passagères.

L'état général est assez bon ; digestions normales. Pas de constipation. Pas de céphalée. Pas de douleurs articulaires. L'albumine a disparu.

3 février. Vives démangeaisons : lésions papuleuses nouvelles. Pas de bulles.

Traitement : 4 milligr. Arséniate de soude.

Valérianate d'ammoniaque 0,20 centigr.

Le 8. Deux cobayes sont inoculés avec le liquide des bulles.

Le 10. Nouvelles poussées de bulles sur le bras gauche.

Le 14. Les deux avant-bras et les deux cuisses offrent des bulles assez grosses.

Le 16. Nouvelle poussée de bulles.

Le 17. Névralgie intercostale. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 18. Quelques taches rouges à la partie inférieure de la joue gauche font craindre une propagation à la face.

Le 24. Quelques nouvelles bulles au-dessous de l'oreille gauche, une au niveau du menton.

Le 29. Quelques bulles sur la région du maxillaire inférieur.

Depuis deux jours, dysphagie et bourdonnements d'oreilles. L'examen de la gorge révèle la présence de quatre bulles blanches disposées en arc de cercle sur le pilier antérieur droit, et de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur la face interne de la joue droite on constate une petite surface ulcérée.

2 mars. Trois ou quatre nouvelles bulles apparaissent au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.

La malade n'a pas eu ses règles depuis trois mois.

Le 3. Une bulle sur la joue gauche.

Quelques petites bulles sur la nuque.

Le 6. Une bulle sur la lèvre supérieure. Tuméfaction du nez, des paupières. Bourdonnements d'oreilles. Mal à la gorge (deux bulles subsistent sur l'amygdale droite). Séborrhée du cuir chevelu assez abondante.

Le 10. Soulèvement épidermique de la pulpe des doigts. Une bulle sur la lèvre supérieure.

Le 13. La malade est en pleine poussée de bulles sur les avant-bras et les jambes.

Les urines contiennent toujours de l'albumine.

Le 23. A l'angle interne de l'œil droit, deux bulles claires ; à l'angle interne de l'œil gauche, une bulle hémorragique. Deux bulles sur l'amygdale droite.

Le 30. Poussée de bulles disséminées, quelques-unes séro-purulentes. Malaise, affaiblissement.

15 avril. État stationnaire. On supprime l'arséniate de soude et l'on administre 2 milligr. de sulfate de strychnine.

Le 29. Nouvelle poussée bulleuse. Enervement, démangeaisons continues. On supprime la strychnine.

9 mai. Surexcitation nerveuse persistante.

Le 14. Depuis quelques jours, miction douloureuse, surtout à la fin et plus fréquente. (Ces douleurs tiennent probablement à une éruption semblable sur la muqueuse uréthrale).

Le 20. Poussée de bulles plus petites, séreuses, sur les avant-bras. On prescrit de nouveau 4 milligr. arséniate de soude.

Le 24. La malade quitte l'hôpital.

La malade revient nous consulter le 12 juin. Douleur à la fin de la miction, persistant encore quelques minutes à la suite. Urines troubles, denses, sans dépôts. Léger nuage d'albumine.

Les bulles persistent, mais celles qui apparaissent maintenant sont plus petites, herpétiformes; les plus grosses atteignent à peine les dimensions d'une lentille.

A la fin de juin la malade revient nous voir, l'éruption est complètement guérie et il n'y a plus de bulles récentes mais seulement des macules brunâtres, traces de bulles anciennes. L'état général est très bon; il n'y a plus de démangeaisons; les urines ne contiennent pas d'albumine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Examen bactériologique du sang, le 4 janvier (en pleine éruption).

Après asepsie soigneuse de la peau, prise de sang faite au pli du coude dans la veine médiane céphalique, au moyen d'une seringue stérilisée.

Examen du sang, sur lamelle, négatif.

Ensemencement large sur bouillon, gélose, gélatine, liquide ascitique et sang défibriné coagulé.

Sauf sur gélose et gélatine, nous avons obtenu des cultures de cocci présentant les caractères suivants. Microcoques ne se groupant pas en amas, restant colorés au Gram, ne poussant pas sur gélatine ni sur gélose en cultures aérobies, troublant le bouillon uniformément ainsi que le liquide ascitique en formant dans ce dernier des dépôts blanchâtres. Sur sang défibriné coagulé ils formaient des colonies blanches, épaisses, restant à la surface. Le microbe n'était pas pathogène pour la souris, ni le cobaye.

Nous notons le fait sans lui reconnaître une réelle valeur, parce que le micro-organisme en question ne s'est pas montré virulent, et qu'une deuxième prise de sang faite huit jours plus tard, dans les mêmes conditions (l'éruption était déjà vers son déclin), a été négative au point de vue bactérien.

Examen histologique du sang, le 10 janvier.

Globules rouges normaux, non déformés. Pas de poikilocytose.

Numération, 5,053,000 globules rouges par millim. cube.

Un globule blanc pour 190 globules rouges.

Très rares leucocytes éosinophiles.

Examen du liquide des bulles, le 4 janvier.

1° L'examen du liquide d'une bulle tout à fait au début, montre que ce liquide est clair, transparent, ne contient pas de microbes.

Examen sur lamelles et cultures. On n'y trouve que quelques rares leucocytes.

2° A la période moyenne de l'évolution de la bulle, le liquide est trouble et renferme de nombreuses cellules polynucléaires éosinophiles.

Sur 443 leucocytes 25 non éosinophiles 5,6 p. 100

— 286 — 16 — 5,5 —

En somme, nous trouvons une proportion de 94,5 p. 100 de leucocytes éosinophiles dans les bulles.

INOCULATION EXPÉRIMENTALE

Le 15 janvier, deux centimètres cubes de liquide des bulles ont été injectés dans la veine de l'oreille d'un lapin. Un nouveau centimètre cube est injecté sous la peau huit jours plus tard. Dans les deux cas le liquide était séreux. Il n'y a eu aucun accident local ou général. Le lapin sacrifié trois mois plus tard ne présentait aucune altération viscérale. L'articulation du genou gauche et le fémur était le siège d'un néoplasme très probablement accidentel et dont l'on s'aperçut trois semaines avant de sacrifier l'animal. Ce néoplasme à l'examen histologique a paru être de nature sarcomateuse.

Un autre lapin inoculé dans la veine de l'oreille par M. le Dr Sergent, le 6 mars avec un quart de centim. cube de liquide des bulles, est en parfaite santé le 6 juillet.

Des cobayes inoculés sous la peau, avec le même liquide, le 8 février, n'ont pas été malades.

Analyse d'urine, le 8 janvier 1896, par M. Jean Paris, interne en pharmacie :

Volume, moyenne de plusieurs jours.....	1020 ^{cc}
Densité à 15°.....	1021
Aspect.....	légèrement trouble.
Couleur.....	jaune foncé.
Odeur.....	»
Réaction.....	franchement acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	38 gr.
Cendres.....	12 gr. 50

Examen chimique :

Éléments normaux.	Chlorures (évalués en NaCl).....	8 gr. 80
	Phosphates (évalués en PO ³).....	2 gr. 40
	Acide urique.....	0 gr. 35
	Acide hippurique.....	non déterminé.
	Créatine et créatinine.....	0 gr. 90
	Azote total (Will et Warentrapp)...	12 gr. 25
	Urée.....	27 gr.
	Urée vraie.....	24 gr. 50
	(Créatine, xanthine, acide urique, urates évalués en urée).....	2 gr. 50

Éléments anormaux.	Albumine (sérine).....	traces indosables.
	Sucre.....	néant.
	Acides biliaires.....	—
	Pigments biliaires.....	—
	Urobiline.....	présence.
	Peptones.....	néant.
	Indican.....	traces.
	Acétone.....	néant.
	Pus.....	—
	Sang.....	—

Examen microscopique :

Rares cristaux d'acide urique.
 Quelques cristaux d'urate de soude.
 Quelques cellules épithéliales.
 Micrococcus uræa.

Deuxième analyse, par M. Guillaume, interne en pharmacie, le 10 février 1896.

Volume.....	1250 ^{cc}
Densité.....	1013
Aspect.....	trouble.
Couleur.....	jaune orangé.
Réaction.....	acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	34 gr. par litre.
Cendres.....	10.75 par litre.

Examen chimique :

		PAR LITRE	PAR 24 HEURES
Éléments normaux.	Chlorures.....	7.50	9.37
	Phosphates.....	2.10	2.62
	Acide urique.....	0.30	0.37
	Créatine, créatinine.....	0.80	1.
	Azote total.....	9.58	12.87
	Urée.....	21.	26.25
	Urée vraie.....	18.	22.50
	Créatine, xanthine, acide urique, etc., évalués en urée.....	3.	3.75
Éléments pathologiques	Albumine.....	néant.	
	Sucre.....	—	
	Acides biliaires.....	—	
	Urobiline.....	traces.	
	Indican.....	—	
	Pus.....	néant.	
	Sang.....	—	

Examen microscopique : Cellules épithéliales. Cristaux d'acide urique et d'urate de soude.

Troisième analyse, par M. Guillaume, interne en pharmacie, le 8 mai 1896 :

Volume.....	600 ^{cc}
Densité.....	1015
Aspect.....	trouble.
Couleur.....	jaune citron.
Réaction.....	acide.
Dépôt.....	peu abondant.
Extrait sec.....	30 gr. 60
Cendres.....	9 gr. 25

Examen chimique :

		PAR LITRE
Éléments normaux.	Chlorures.....	6 gr. 20
	Phosphates.....	2 gr.
	Acide urique.....	0 gr. 28 centigr.
	Créatine et créatinine.....	0 gr. 75 centigr.
	Azote total.....	8 gr. 30
	Urée.....	17 gr.
	Urée vraie.....	15 gr. 25
	Créatine, xanthine, acide urique, urate, évalués en urée.....	1 gr. 75

La quantité d'urine des 24 heures n'étant qu'approximative, le dosage n'a été rapporté qu'au litre.

Éléments anormaux.	Albumine.....	néant.
	Sucre.....	—
	Acides biliaires.....	—
	Urobiline.....	traces.
	Indican.....	—
	Pus.....	néant.
	Sang.....	—

Examen microscopique. — Phosphate ammoniaco-magnésien. Cellules épithéliales. Acide urique.

L'observation précédente est un type de dermatite herpétiforme, avec des poussées aiguës, souvent renouvelées, à marche cyclique, et à siège variable ; l'éruption a débuté aux membres et au tronc et s'est étendue ultérieurement à la face et aux muqueuses buccale et pharyngée, sur des territoires répondant à la zone d'innervation du trijumeau. Comme dans les cas habituels la maladie s'est peu à peu atténuée et a marché progressivement vers une guérison.

Sous quelles influences s'est développée cette dermatose ?

Trois sortes de causes doivent être discutées :

Une infection ;

Une auto-intoxication ;

Un trouble dynamique du système nerveux.

En interrogeant la malade on apprend que quelque temps avant le début de la dermatite, elle a éprouvé de grands chagrins, elle a perdu sa fortune, a eu des ennuis d'intérieur, et elle est devenue très nerveuse, en même temps que sa santé générale avait à souffrir de son changement d'existence.

Doit-on supposer que, grâce à ces perturbations d'ordre physique et moral, elle a été victime d'une infection, qui a trouvé en elle un terrain favorable? Cette opinion nous paraît devoir être écartée; nous avons constaté, en effet, l'absence des micro-organismes pathogènes dans le sang de cette malade, et le liquide des bulles, inoculé à plusieurs reprises, s'est montré complètement inactif; il n'a déterminé chez les animaux aucune affection cutanée ou viscérale, aucun accident pathologique.

Est on plus autorisé à admettre l'existence d'une auto-intoxication, comme quelques auteurs l'ont affirmé dans les cas semblables? Nous ne le pensons pas, car les caractères sur lesquels on s'est appuyé dans cette hypothèse pathogénique, à savoir les troubles de la nutrition caractérisés particulièrement par le défaut d'élimination des matières extractives et de l'urée, et la présence de sang de cellules éosinophiles en quantité anormale, font défaut dans notre cas. Les analyses d'urine que nous produisons montrent qu'il n'y a jamais eu d'hypoazoturie, et d'autre part l'examen du sang nous a révélé seulement quelques rares leucocytes éosinophiles. A ce propos d'ailleurs nous ne croyons pas devoir attacher à ces derniers l'importance capitale que quelques auteurs leur ont attribuée. La présence de leucocytes éosinophiles dans le sang a été notée par de nombreux auteurs au cours de maladies variées. L'un de nous, dans une observation de lèpre publiée avec M. Bensaude, a montré que le nombre des leucocytes éosinophiles par rapport aux globules blancs était de 8,48 p. 100 au lieu de 2 à 4 p. 100, chiffre normal. Enfin la quantité de ces mêmes éosinophiles dans le liquide des bulles en grande quantité, 95 p. 100 dans notre cas, n'a pas plus de valeur spécifique, car nous avons relaté dans plusieurs affections vésiculeuses ou pustuleuses la prédominance de ces éléments. On tend d'ailleurs de plus en plus à n'accorder à ces leucocytes qu'un rôle phagocytaire d'élimination de matières de réserve (1).

En écartant les hypothèses d'infection et d'auto-intoxication dans le cas qui nous occupe, nous sommes conduits à admettre qu'il faut chercher dans une modification peut-être simplement dynamique des centres nerveux, la cause de cette dermatite. Notre malade est une fille d'alcoolique, son frère a eu une affection cutanée, elle-même a

(1) SIAWCILO. *Ann. de l'Institut Pasteur*. — MESNIL. *Idem*.

des antécédents arthritiques. Enfin nous trouvons à l'origine de sa maladie un choc moral, à la suite duquel sa santé est restée altérée, elle est devenue nerveuse et la dermatite a fait son apparition. Pendant son séjour à l'hôpital, son nervosisme était manifeste, et, à plusieurs reprises, fut attesté par des crises de larmes et des accès de dépression neurasthénique. Bien que nous n'ayons relevé aucun stigmate physique net de cet état nevropathique, l'existence de cet état est néanmoins indubitable ; et, de plus, l'apparition des lésions par poussées souvent symétriques, leur localisation parfois à certains territoires (zone du trijumeau), nous font penser que la cause la plus probable de cette affection est un trouble dynamique primitif des centres nerveux.

M. HALLOPEAU. — Nos internes en pharmacie, MM. Tête et Vadam, ont constaté chez plusieurs de nos malades atteints de dermatite herpétiforme l'existence de toxines dans l'urine : ce fait ne s'expliquerait pas avec la théorie nerveuse non plus que la fièvre et les symptômes généraux qui annoncent souvent les poussées bulleuses. La symétrie des lésions ne prouve pas nécessairement l'origine nerveuse. Nous en avons pour témoin la distribution des éruptions bulleuses d'origine iodique. Je pense donc que, si certaines dermatites herpétiformes sont d'origine nerveuse, d'autres sont l'effet certain d'auto-intoxications.

M. BARTHÉLEMY. — Chacun ici connaît la conscience et le talent avec lesquels sont faits les travaux que notre ami le Dr Gaucher livre à la publication. Il me permettra pourtant de ne pas être de son avis relativement aux conclusions qu'il vient d'exposer sur la maladie de Duhring. On sait que nous sommes convenus d'appeler auto-intoxication l'état morbide qui succède aux résorptions de produits toxiques, de ferments solubles, formés dans l'intérieur de nos organes sans qu'il soit survenu de germes spéciaux comme ceux de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, etc. Les fermentations ont lieu chez certains sujets ; par exemple, chez ceux qui digèrent mal, avec des aliments sains qui ne donneraient lieu à aucune fermentation et à aucun malaise chez des sujets normalement résistants. De plus, chez certains autres, il y a insuffisance urinaire, insuffisance par conséquent d'élimination de substances ayant cessé de plaire ou d'être utiles à l'organisme, pouvant dès lors lui nuire et l'intoxiquer si l'épuration pour une raison quelconque n'est pas suffisante. Dans certains cas, la cellule hépatique doit être aussi incriminée que la cellule rénale. Cela étant dit d'une manière générale, car cela a rapport à la pathologie générale et ne trouve pas sa place exacte dans une Société de dermatologie, je n'insisterai pas. Pourtant, dans le cas particulier, ce n'est pas avec une seule observation et avec quelques analyses d'urine qu'il est admissible qu'on combatte efficacement les notions antérieurement acquises. Il faut pour cela un plus grand nombre de recherches, il faut notamment que les examens d'urines aient été faites avec le même soin et complètement tous les jours pendant plus d'un mois. On verra alors que les

modifications ont lieu deux ou trois jours avant les poussées éruptives qui ne sont pour ainsi dire que des décharges, ou des preuves que la coupe déborde et a besoin de soupapes pour exonérer l'organisme des poisons chimiques (et non indéfiniment proliférants) qui l'ont envahi. La symétrie n'est qu'apparente et le système nerveux dans la maladie de Duhring comme dans l'herpes gestationis, ne joue qu'un rôle secondaire (comme d'ailleurs dans le lichen plan, etc.) et les causes dépressives dont il vous a été parlé, ne jouent que leur rôle accessoire, déterminatif pour ainsi dire, mais nullement causal. C'est ainsi, à mon avis du moins, qu'il y a lieu d'interpréter la pathogénie de la maladie de Duhring, qui n'est en somme que la plus importante des toxicodermies et qui, comme celles-ci, n'est pas contagieuse.

Le traitement a aussi une réelle importance nosologique et lorsqu'on a désencombré l'organisme par le lait, les laxatifs, le régime doux et les antiseptiques, on arrive à voir les accidents s'amender et récidiver de moins en moins vivement, jusqu'à ce que, à l'occasion d'une autre grossesse ou d'une série d'écarts de régime, la même saturation de l'organisme par les toxines se reproduise et se manifeste par de nouvelles poussées, vraiment indicatrices, du côté des téguments.

M. LEREDDE. — On ne peut, parce qu'on n'a pas décelé le microbe dans une affection donnée, affirmer qu'elle n'est pas de nature parasitaire. Pour moi, la maladie de Duhring est une hémato-dermite, mais peut-être l'altération sanguine qui la conditionne est-elle liée à une germination microbienne. La question ne pourra être tranchée que le jour où nous serons fixés sur l'origine des cellules éosinophiles qu'on trouve dans le sang, chez les malades atteints de cette maladie, en nombre excessif.

Le fait de M. Gaucher est le premier que je connaisse où cette lésion sanguine n'ait pas été observée. Y a-t-il eu erreur de technique? Ne s'agirait-il pas d'une véritable dermatite herpétiforme? ou les assertions que j'ai émises sur la valeur de l'éosinophilie qui caractérise la maladie de Duhring sont-elles erronées? Il faudrait, je crois, revoir la malade au moment d'une nouvelle poussée.

Je me permettrai encore d'émettre l'opinion que les dermatologistes sont sujets à exagérer un peu le rôle des troubles nerveux des dermatoses, en raison de la tendance des malades, surtout des femmes, à expliquer ainsi toute éruption. J'ai bien souvent demandé à des syphilitiques secondaires, pourquoi elles avaient des boutons, et souvent je les ai entendues répondre qu'ils étaient survenus à la suite d'une peur, d'une émotion. C'est la doctrine populaire du sang tourné.

M. GAUCHER. — Il suffit de lire l'observation actuelle pour reconnaître que l'analyse des troubles nerveux a été faite avec assez de précision pour qu'on ne puisse les mettre en doute.

Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel.

Par M. MENDEL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une troisième observation de laryngite tertiaire grave traitée exclusivement par les injections de calomel.

Aujourd'hui, le malade est à peu près guéri, il ne présente plus que des vestiges de son affection ; mais il doit être encore surveillé.

L'histoire de ce malade est assez longue, puisque la maladie, qui a débuté le 19 avril dernier, n'est pas encore complètement terminée aujourd'hui. C'est une laryngite tertiaire caractérisée par de l'infiltration gommeuse répartie sur de larges surfaces et notamment dans les cartilages. Son évolution peut être divisée en trois phases, d'après la succession des faits, et d'après la localisation des lésions que je vais rapporter.

Les antécédents du malade sont nets : c'est un ouvrier verrier, âgé de 40 ans, qui a pris la syphilis en 1886 ; il s'est soigné assez bien pendant un an ; d'ailleurs, les accidents ont été assez fugaces : un chancre, des plaques muqueuses, quelques taches de roséole, un peu d'alopécie et ce fut tout.

Depuis neuf ans, aucun accident, quoique l'hygiène fût assez médiocre : le malade était buveur et fumeur.

Le début de la maladie actuelle remonte au 19 avril dernier pendant la nuit. Le malade ressentit un violent mal de gorge accompagné de fièvre ; il était gêné pour respirer ; la déglutition était presque impossible ; la voix à peu près éteinte.

Il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Darier, qui voulut bien me charger de l'examiner et de le traiter, ce dont je suis heureux de le remercier ici.

L'examen laryngoscopique, le 22 avril, me permit de constater un œdème considérable de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques : c'est là la première phase de la maladie.

Je ne sus alors à quelle cause attribuer cet œdème aigu. Je me contentai — pour aller au plus pressé — de scarifier largement l'épiglotte : les mouchetures provoquèrent une saignée locale assez abondante qui soulagea le malade ; cette petite opération fut renouvelée trois fois et trois jours après l'entrée du malade à l'hôpital, les symptômes pénibles avaient presque disparu ; le malade sortit de l'hôpital le 25 avril, pour reprendre ses occupations.

Cependant, l'affection reprit le 28, mais moins violente. Cette seconde atteinte sembla se localiser au côté droit du cou.

Le malade vint me trouver à ma clinique, le 5 mai. Voici quel était son état.

On remarquait sur la face latérale droite du cou une tumeur dure, dou-

loureuse, remontant presque sous le menton et descendant jusqu'au niveau du cartilage cricoïde. Cette tumeur faisait corps avec le larynx : elle était de la grosseur d'une mandarine. A la partie médiane, la saillie de la pomme d'Adam était masquée, la lame gauche du thyroïde semblait intacte. C'est là le tableau de la périchondrite hyroïdienne.

A l'examen laryngoscopique, on notait à droite de l'épiglotte et la comprimant latéralement, une masse oedémateuse considérable, produite par l'infiltration du tissu cellulaire situé au-dessus de la lame droite du thyroïde

Cette compression latérale de l'épiglotte avait pour résultat de rétrécir très notablement l'accès de l'air, d'autant plus que la moitié droite de l'épiglotte était elle-même très gonflée; la dyspnée était assez considérable; la dysphagie très marquée.

La seconde phase de l'affection était donc constituée par une périchondrite de la lame droite du thyroïde.

Je renvoyai alors ce malade à M. Darier, en lui demandant de le recevoir de nouveau dans son service et en lui proposant de lui administrer une injection de calomel de 0,05, car, à ce moment, je ne doutai pas de la nature syphilitique des accidents.

Le malade entra donc à l'hôpital le mercredi 6 mai : on lui donna 2 gr. d'iodeure de potassium.

Le jeudi 7, on lui fit une injection de calomel qui ne le fit pas beaucoup souffrir : il prit 6 gr. d'iodeure de potassium.

Le vendredi 8, il prit 3 gr. d'iodeure de potassium dans la matinée : c'est à ce moment que je l'examinai.

Je m'attendais à le trouver très amélioré, il n'en était rien. La tumeur cervicale droite était augmentée d'un tiers; la lame gauche du thyroïde avait doublé de volume et était douloureuse; enfin, la dyspnée commençait à devenir assez inquiétante pour qu'on se préparât à faire la trachéotomie ou la laryngotomie dans la journée : en effet, l'épiglotte était comprimée latéralement et l'accès de l'air était des plus réduits. Fort surpris de ce résultat du traitement, je pensai que l'iodeure de potassium que prenait le malade avait non seulement paralysé l'action de l'injection de calomel, mais avait déterminé cette recrudescence redoutable de l'edème.

Je proposai à M. Darier de supprimer l'iodeure de potassium, le malade passa une meilleure nuit; la respiration devint plus facile, et, le lendemain matin, 9 mai, soit quarante-huit heures après l'injection de calomel, je pus constater que les tumeurs cervicales causées par la périchondrite du thyroïde n'étaient plus représentées que par un empatement de ses lames qui semblaient doublées de volume : la respiration, sans être normale, était beaucoup plus facile que la veille. A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte n'était plus comprimée aussi fortement : elle était diminuée de volume. On pouvait apercevoir l'intérieur du larynx : la corde vocale gauche était visible et normale; la corde droite était encore masquée par le gonflement de la moitié droite de l'épiglotte.

Enfin, le dimanche 10, la respiration était normale; l'intérieur du larynx était complètement visible : la lame droite du thyroïde avait repris son volume normal; la lame gauche était encore assez gonflée et douloureuse

à la pression. Mais le malade était hors de danger d'asphyxie et pouvait avaler autre chose que des liquides.

Le mercredi 13, le malade reçut une seconde injection de calomel, qui, ainsi que la première, ne l'incommoda que fort peu. A ce moment, la maladie, qu'on pouvait croire guérie, reprit, et commença sa troisième phase, quoique le malade fût sous l'influence du traitement mercuriel. La lame gauche du thyroïde, un peu gonflée précédemment, prit très rapidement un développement aussi considérable que celui qu'avait pris la lame droite. Le tableau clinique fut le même du côté opposé : présence sur le côté gauche du cou d'une tumeur grosse comme un abricot ou une petite mandarine, tumeur dure, un peu rénitente, douloureuse.

A l'examen laryngoscopique, masse œdémateuse latérale gauche, comprimant l'épiglotte elle-même œdématiée, ainsi que le ligament ary-épiglottique correspondant; orifice laryngé et très réduit; violente dysphagie. Voix très peu altérée, comme précédemment.

Dimanche 17. Le malade, dont l'état est toujours grave, reçoit une injection de 0,05 de calomel.

Le 20. La lésion commence à s'amender; la tumeur thyroïdienne entre en résolution.

Dimanche 24. Quatrième injection de calomel.

Samedi 30. Cinquième injection, atténuation progressive des symptômes. Peu à peu, la tumeur diminue de volume, et, au bout de quelques jours, on pouvait voir complètement l'intérieur du larynx : les deux cordes étaient normales, elles avaient échappé d'ailleurs à l'infiltration.

6 juin. Sixième injection de calomel.

Aujourd'hui, l'état du malade est satisfaisant : on peut constater que le volume extérieur du larynx est augmenté dans le sens transversal; le squelette cartilagineux semble un peu empâté et alourdi.

L'examen laryngoscopique montre seulement un peu d'épaississement de l'épiglotte et des ligaments ary-épiglottiques; le côté gauche, le plus récemment atteint, est un peu plus volumineux.

La voix est claire, — plus de dyspnée; — seulement un léger degré de dysphagie.

Cette observation m'a semblé intéressante, d'abord au point de vue clinique. Le début de cette grave laryngite a été très masqué : il a affecté la forme d'un œdème aigu aryéno-épiglottique, dont nous n'avons eu l'explication que par la suite. L'affection, qui s'était d'abord étendue sur le système ary-épiglottique, se localise quelques jours plus tard sur le cartilage thyroïde, dont elle atteint d'abord la lame droite, puis la lame gauche successivement.

L'évolution de la périchondrite a été favorable : il n'y a eu ni suppuration, ni fistule, ni ulcération, ni cicatrices. On a observé, en résumé, une infiltration gommeuse du cartilage, qui s'est simplement terminée par résolution, en laissant après le cartilage épaissi, sans le moindre trouble fonctionnel. Somme toute, l'évolution et la terminaison de la maladie ont été aussi bénignes que possible.

Le traitement de la syphilis tertiaire par les injections de calomel s'est encore montré ici parfaitement efficace.

Les périchondrites tertiaires se terminent quelquefois par simple résorption, comme dans le cas actuel, mais il arrive aussi qu'elles suppurent et produisent des accidents très graves par obstruction des voies aériennes.

Ici, nous avons le droit de nous féliciter du résultat obtenu.

Je ferai encore deux remarques à propos du traitement employé :

L'iodure de potassium s'est montré nuisible et même douloureux. Dans le cas actuel, il me semble positivement avoir paralysé l'action du calomel, puisque cette action s'est manifestée aussitôt après la cessation de l'iodure; de plus, il a nui au malade en augmentant son œdème laryngien.

Ce médicament peut rendre des services dans les vieilles laryngites tertiaires, mais à la période de début, il peut être dangereux.

Enfin, le traitement par le calomel, tout en se montrant efficace, n'a pas eu ici cette rapidité d'action que j'avais observée dans les deux observations précédentes. L'affection a même poursuivi sa marche, alors que le malade était en plein traitement. Néanmoins, en présence de la gravité des lésions et des résultats du traitement, on peut se demander si une autre médication mercurielle aurait produit les mêmes bons effets.

J'ajouterai enfin que dans le cas actuel, les injections ont été parfaitement bien supportées : elles n'ont produit qu'une douleur minime et fugitive.

M. FOURNIER. — Ce fait est des plus remarquables. Les inconvénients de l'emploi de l'iodure de potassium dans la syphilis laryngée n'avaient pas été signalés que je sache.

Hémiplégie spinale très précoce, survenue au début même de la période secondaire. Amyotrophie consécutive du membre inférieur.

Par M. FOURNIER.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un exemple de syphilis médullaire très intéressant à deux titres, si je ne me trompe.

D'une part, cette syphilis médullaire a été extrêmement, extraordinairement précoce. Elle a fait invasion au *second mois* de l'infection, peu de temps ou, précisons mieux, quelques jours après l'éruption de la roséole et l'apparition de plaques muqueuses anales et

péri-anales. C'est donc là un exemple en plus de la précocité plus que singulière qu'affectent parfois les manifestations spinales de la syphilis, précocité déjà signalée en plusieurs cas.

D'autre part, cette syphilis médullaire a affecté et affecte encore une forme quelque peu insolite, à savoir : la FORME HÉMIPLÉGIQUE OU mieux, LATÉRALISÉE.

Pour avoir été des plus simples, les symptômes n'en sont pas moins des plus remarquables. Sommairement, ils ont consisté en ceci :

D'abord, quelques prodromes de douleurs disséminées dans les membres et dans la région lombaire. Puis, *invasion absolument sidérante* des phénomènes paralytiques. Le 10 octobre dernier, le malade, alité depuis quelques jours par des douleurs, tente de se lever. Il tombe, ses jambes s'étant dérobées sous lui. Il essaie de se relever, mais vainement ; si bien que, comme il était seul chez lui, il a passé toute la nuit étendu sur le plancher de la chambre.

Au matin, on le relève, et l'on constate alors qu'il est *paralysé de son bras droit et de son membre inférieur droit*, la face restant indemne. D'autre part, il ne peut plus uriner et l'on est forcé de le sonder pendant vingt-quatre heures.

Alors, seulement, il est soumis au traitement spécifique (4 grammes d'iodure de potassium quotidiennement).

Huit jours après, le bras commence à exécuter quelques mouvements. Puis, il se délivre à peu près complètement dans l'espace d'un mois.

Le membre inférieur, cependant, reste paralysé. Ce n'est environ que deux mois plus tard qu'il commence à ébaucher quelques mouvements. Mais, dès ce moment, débute une *atrophie musculaire* qui s'inaugure par le mollet et bientôt envahit tout le membre.

Ce n'est que le 20 juin que le malade se décide à réclamer de nouveaux soins et se présente à notre consultation.

A cette époque, nous constatons ceci :

Le malade peut marcher, mais il marche lourdement du membre droit. Ce membre a perdu une partie de sa force musculaire. En outre, il est considérablement *atrophie*. Un simple coup d'œil y démontre une amyotrophie des plus accentuées, que confirme la mensuration.

La sensibilité tégumentaire de ce membre est diminuée dans ses trois modes (contact, douleur et température), mais simplement diminuée et non abolie.

Extinction absolue du réflexe rotulien à droite et à gauche.

Parésie du membre droit, amyotrophie des membres et extinction des réflexes, voilà ce à quoi se limitait la symptomatologie, lors de l'entrée du malade dans nos salles.

Il était déjà bien tard pour qu'un traitement, même énergique, pût exercer quelque action curative sur de tels symptômes. Et, en effet, la reprise du traitement ioduré et une série d'injections de calomel n'ont produit jusqu'à ce jour aucune modification dans l'état du malade.

Au total, c'est là un cas curieux de *syphilis maligne précoce du système nerveux*, se traduisant d'une façon singulièrement hâtive par des symptômes *d'hémiplégie spinale avec amyotrophie*.

Inutile d'ajouter, au point de vue étiologique, qu'une analyse minutieuse des antécédents et des causes occasionnelles n'a révélé que l'influence syphilitique comme explication possible de cette hémiplégie spinale.

Observation recueillie par M. GEORGES BROUARDEL, interne des hôpitaux.

Le nommé S..., âgé de 26 ans, journalier, entre dans le service de M. le professeur Fournier, le 13 juin 1896.

Il est couché dans la salle Saint-Louis, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Son père est mort à 60 ans d'une bronchite (?); sa mère est morte à 55 ans, aliénée.

Il a un frère qui a 30 ans et une sœur qui a 31 ans, très bien portants tous deux. Sa mère n'a pas fait de fausse couche.

Il n'est pas marié; n'a pas d'enfant.

Il n'y a ni tuberculeux, ni névropathes, ni alcooliques parmi ses oncles et ses tantes.

Antécédents personnels et maladie. — Il a eu la rougeole à l'âge de 3 ans. A 23 ans, il a eu une blennorrhagie qui guérit en trente jours environ; la même année il a un embarras gastrique assez intense.

Vers le 1^{er} septembre 1895, il s'aperçoit qu'il a une ulcération sur la face supérieure de la verge, ulcération déjà assez large et datant déjà, en toute évidence, d'un certain temps.

Cette ulcération était bien sûrement un chancre induré, car elle a été suivie d'une roséole (en octobre) et de plaques muqueuses à l'anus. On ne lui donne pas de traitement interne, et l'on panse simplement le chancre avec la pommade à l'iodoforme.

1^{er} octobre. Il ressent quelques maux de tête et surtout des douleurs dans tous les membres.

Douleurs dans la région lombaire, qui ne font que croître jusqu'au 10 octobre.

Le 10. Dans la soirée, il veut se lever (il était alité depuis le 1^{er} à cause de ses douleurs), mais il tombe, ses jambes se dérobaient sous lui. Il ne peut se relever à cause de cette *faiblesse générale*, si bien qu'il passe toute la nuit étendu sur le plancher.

Le 11. On vient le relever à dix heures du matin, et il s'aperçoit que son côté droit est beaucoup plus faible que son côté gauche.

Pendant que cette *hémiplegie droite* s'est développée, il n'a eu à aucun moment de perte de connaissance. Rien à la face.

Pendant vingt-quatre heures, *rétention d'urine*; on sonde le malade. Pas de douleurs.

On le met à l'iode (4 gr. par jour).

Au bout de huit jours, vers le 19 octobre, il commence à remuer la main droite; au bout d'un mois, il remue le bras, et recouvre peu à peu l'intégrité presque complète des mouvements de ce membre.

Il ne peut mouvoir son membre inférieur qu'au bout de deux mois environ. A partir de ce moment débute une *atrophie* qui s'étend progressivement sur tout le membre. Cette atrophie avait d'abord atteint le mollet. Il a été en même temps *très constipé* pendant un mois.

État actuel, 20 juin. — *Membres supérieurs*. — Le membre supérieur droit présente à peu près le même volume que le membre supérieur gauche. La force musculaire y est intacte.

Membres inférieurs. — Le membre inférieur droit présente une *atrophie* considérable de toutes les masses musculaires. La force musculaire y est notablement diminuée.

Quelques contractions fibrillaires.

Réflexes rotuliens abolis.

Sensibilité générale au tact, à la douleur et à la température, diminuée dans le membre inférieur droit, sans être entièrement abolie.

Yeux. — Absolument intacts (examen de M. le Dr Sauvinaud). Pas de rétrécissement du champ visuel. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Oreilles. — Pas de rétrécissement du champ auditif.

Odeur et goût, conservés.

Pas de stigmates d'hystérie, pas de symptômes d'alcoolisme.

Il n'y a pas d'éruption ni de cicatrices sur la peau, à part le vestige du chancre.

Urines normales. Ni albumine, ni sucre.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Traitement : injections de calomel.

7 juillet. Nous ne trouvons aucun changement dans l'état du malade depuis son entrée à l'hôpital.

M. ABADIE. — La syphilis médullaire a été, dans ces derniers temps, le sujet de travaux cliniques des plus importants.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question distinguent une forme aiguë et une forme chronique. De l'avis unanime la forme aiguë serait plus facilement curable que la forme chronique; j'insiste sur cette distinction parce que c'est surtout la question du traitement que je tiens à aborder.

Dans la forme aiguë les frictions mercurielles et l'iode de potassium ont donné souvent de très bons résultats, mais il n'en est pas de même dans la forme chronique. Probablement qu'au point de vue anatomique et clinique, ce qui doit différencier la myélite chronique et la myélite aiguë, et ce qui constitue la gravité de la première, c'est que le tissu nerveux

médullaire lui-même doit être intéressé, tandis que dans la myélite aiguë, il s'agit de simples exsudats comprimant les enveloppes de la moelle.

Tous les praticiens sont unanimes à reconnaître que, dans la myélite chronique, l'affection devient extrêmement difficile à guérir, et qu'on ne peut plus compter sur les moyens ordinaires de traitement. Tout récemment encore, M. le professeur Fournier publiait un travail sur ce sujet et signalait le cas d'un malade qui avait été soumis aux traitements les plus variés et qui n'en avait presque retiré aucun bénéfice.

M. le Dr Gilles de la Tourette, dans un travail très documenté paru récemment dans le *Bulletin médical*, a abordé aussi cette question intéressante de la myélite syphilitique chronique.

Après avoir longuement développé le côté clinique de la question et décrit avec beaucoup de soin les symptômes variés de cette affection, il s'est occupé de son traitement. Il avoue, comme les autres cliniciens que, dans la forme aiguë, on peut réussir avec l'iodure de potassium et les mercuriaux, mais qu'il n'en est pas de même dans la forme chronique, où les mercuriaux administrés à l'intérieur ou même en frictions, et l'iodure de potassium à doses extrêmement élevées restent le plus souvent inefficaces, tandis que, dans ces mêmes cas graves, M. Gilles de la Tourette préconise les injections de sel mercuriel soluble. C'est grâce à cette médication qu'il a pu obtenir quelques succès.

M. Gilles de la Tourette avait tout d'abord essayé le calomel qui, après avoir été très décrié, semble jouir aujourd'hui d'une si grande vogue auprès de la plupart des dermatologistes. Or, il a été obligé de renoncer à ce médicament parce que son action thérapeutique n'était pas plus puissante que celle des sels solubles, mais que, par contre, son action était bien plus déprimante et tellement douloureuse que la plupart des malades ainsi soignés se sont refusés à vouloir continuer ce traitement.

M. Gilles de la Tourette emploie simplement le peptonate d'hydrargyre à la dose d'un centigramme par jour, ou bien la solution de biiodure d'hydrargyre recommandée par le professeur Panas, et il n'hésite pas à déclarer, d'après son expérience personnelle, que ce moyen donne des résultats meilleurs que tous les autres dans le traitement de la syphilis médullaire chronique.

Cet aveu est d'autant plus important à recueillir que, d'après les neuropathologistes, ces formes de myélites syphilitiques chroniques sont très fréquentes. Les hôpitaux d'infirmités sont encombrés de malheureux malades devenus complètement impotents et quelquefois finalement gâteux, par suite de syphilis médullaires chroniques qui ont été traitées simplement par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'iodure de potassium, par les sels mercuriaux administrés à l'intérieur, ou simplement donnés en frictions.

Ceci nous démontre donc, d'une façon catégorique que, dans la syphilis médullaire chronique, le choix de la préparation mercurielle n'est pas indifférent, qu'il s'agit là d'une maladie à évolution lente contre laquelle les moyens ordinaires ont peu de prises, et par conséquent qu'il ne faut pas s'attarder au début à l'emploi des pilules de protoiodure, de l'iodure de potassium et des frictions mercurielles, mais qu'il faut, immédiatement et d'emblée, recourir aux injections mercurielles de sel soluble.

Bien que n'ayant pas sur ce sujet une expérience personnelle très étendue, je ne puis m'empêcher de rappeler à la Société que je l'ai déjà entretenue d'un malade soigné par moi, et un peu malgré moi d'une syphilis médullaire chronique.

Ce malade, que j'avais guéri auparavant d'irido-choroïdite syphilitique fort grave, fut atteint de syphilis médullaire chronique. Il consulta, d'après mon conseil, les principaux syphiligraphes de Paris ; tous lui prescrivirent l'iodure de potassium à haute dose ainsi que les frictions mercurielles. Malgré cette médication, la maladie fit des progrès incessants. Cet homme fut frappé d'impuissance absolue ; bientôt il se plaignit de troubles de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs, troubles qui sont si caractéristiques dans cette singulière affection.

J'eus recours tout d'abord, chez lui, aux injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre ; les résultats furent meilleurs qu'avec les médications antérieures, mais, néanmoins, l'amélioration était si lente, et l'affection me paraissait d'un avenir si sombre, que je me décidai à lui faire des injections intra-veineuses. J'ai fait, dans l'espace de deux ans, à ce malade, plus de 120 injections intra-veineuses ; l'amélioration a été toujours en s'accroissant, et aujourd'hui je puis dire que je touche à la guérison. Je ne puis encore affirmer qu'elle est absolue, parce que le traitement n'a pas été définitivement cessé, mais je ne fais plus maintenant que deux injections tous les dix jours, avec des intervalles de dix jours de repos ; la puissance génitale est revenue et tous les troubles fonctionnels ont disparu.

Il m'est apparu très nettement par ce cas-là que, dans une affection aussi redoutable, qui fait tant de malheureuses victimes allant s'échouer finalement dans les hospices d'infirmités, il faudrait établir comme règle absolue de traitement, soit les injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles, soit, quand la chose est possible, les injections intra-veineuses.

En outre, l'exemple de ce malade est la meilleure réponse à faire à ceux qui croient encore que les injections intra-veineuses offrent des dangers. Voilà un malade qui, dans l'espace de deux ans, en a reçu plus de 120, et qui les a toujours admirablement supportées. Du reste, ne voit-on pas aujourd'hui les injections intra-veineuses, soit médicamenteuses, soit faites avec du sérum artificiel, dans le but de combattre des intoxications graves, se vulgariser de plus en plus et la pratique journalière ne démontre-t-elle pas qu'elles peuvent être faites avec une entière sécurité, à la condition de prendre des précautions antiseptiques rigoureuses ?

Chancres indurés multiples.

Par M. CANUET.

L'auteur présente un malade de 18 ans qui porte trois chancres indurés. L'un siège à la lèvre inférieure et est accompagné d'adéno-pathie sous-maxillaire ; les deux autres siègent aux seins, un sur chaque aréole ; on trouve dans chaque aisselle un volumineux ganglion.

Sur l'amygdale droite on remarque une lésion sur la nature de laquelle on peut hésiter mais qui semble être un quatrième chancre induré. La contagion s'est faite directement par plaques muqueuses buccales.

Gommes syphilitiques. Atrophies musculaires multiples.

Par M. DU CASTEL.

Le malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est un homme de 32 ans, sans antécédents héréditaires importants : né avant terme, à sept mois de grossesse, il a eu dans sa jeunesse trois poussées de rhumatisme articulaire aigu ; à 22 ans, la dysenterie ; à 23 ans, mordu par un chien enragé, il a subi 25 inoculations ; à 25 ans, il tombe d'une échelle et a de fortes contusions des poignets et de la région lombaire.

A l'âge de 23 ans, le malade a eu des chancres multiples ; ils n'ont été suivis d'aucun accident, d'infection syphilitique ; P... paraît avoir été soigné comme atteint de chancres simples et n'avoir subi aucun traitement antisypilitique.

Il y a deux ans, le malade a eu de violents maux de gorge et a perdu ses cheveux ; il y a seize mois, il a éprouvé de violents maux de tête sans prédominance nocturne marquée.

Il y a sept ans, P... a subi une amputation du testicule pour une petite nodosité extrêmement douloureuse qui empêchait la marche.

Il y a quinze mois, des nodosités qui se sont ulcérées et sur lesquelles le malade s'est contenté de faire des pansements iodoformés, se sont montrées sur le cuir chevelu. A la même époque, la jambe gauche commençait à faiblir.

Il y a un an, les bras commençaient à maigrir et à perdre leur force. Depuis lors les bras et la jambe gauche sont devenus de plus en plus faibles ; il s'est produit une scoliose lombaire et la hanche gauche s'est abaissée.

Il y a six mois, une fracture spontanée de la clavicule s'est produite ; il y a, à ce niveau, une tuméfaction considérable de l'os.

Le malade a vu, en ville, plusieurs médecins qui ne l'ont jamais soumis à un traitement antisypilitique.

A son entrée à l'hôpital (10 juin 1896), le malade présente des gommes ulcérées du cuir chevelu, du front, du bras droit et du bras gauche, une atrophie musculaire du type scapulo-huméral des deux côtés, une atrophie musculaire du membre inférieur gauche, une scoliose très marquée de la région lombaire.

Les altérations musculaires se sont faites sans accompagnement de phénomènes douloureux.

Le malade n'arrive pas à écarter les bras du tronc, tellement l'affaiblissement et particulièrement l'atrophie des deltoïdes sont grands ; l'adduction, l'élévation, l'abaissement des bras se font très difficilement.

Les deux membres inférieurs paraissent atrophiés, le gauche beaucoup plus que le droit. La marche est très difficile. Il y a un certain degré d'hyperesthésie du membre gauche : les réflexes rotuliens sont exagérés.

L'excitabilité faradique est diminuée ; il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Je noterai en terminant l'hypertrophie considérable de la rate.

Depuis qu'il est entré dans la salle, le malade a été soumis au traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 6 gr. par jour. Une amélioration considérable s'est produite dans l'aspect des gommès ; la force musculaire est revenue dans des proportions énormes ; la marche est beaucoup plus facile ; le malade soulève les bras avec facilité et peut même soulever un poids d'un kilogr.

Cette observation me paraît encourageante ; elle marque l'influence que le traitement peut avoir sur des lésions musculaires déjà anciennes.

Pseudo-lupus syphilitique.

Par M. FOURNIER.

Je viens montrer de nouveau le fait de pseudo-lupus syphilitique qui a été montré à la Société au mois dernier. Le traitement par les injections de calomel a été poursuivi. Je veux faire constater l'amélioration extraordinaire qu'elles ont déterminée.

M. BESNIER. — Je demande que le malade soit encore présenté à la Société pour que nous suivions l'évolution ultérieure.

Pityriasis rubra pilaris.

Par M. DU CASTEL.

Les antécédents du malade n'ont pu être relevés ; il est russe et nous n'avons pu trouver personne, pas même un médecin russe qui suivait notre visite, pour s'entendre avec lui.

On observe sur tout le corps des aspérités ayant la forme de cônes assez saillants et donnent aux parties atteintes l'aspect de « chair de poule ». Au sommet de la plupart de ces petits cônes, on peut voir un poil qui s'y implante.

La couleur, assez peu accentuée, tire sur le rouge jaunâtre.

La ligne cubitale est très atteinte, surtout du côté gauche, et à cet endroit, les saillies réunies forment un placard lichénoïde très marqué et très nettement délimité.

Sur la face dorsale des poignets, et surtout du côté gauche, on voit des aspérités plus grosses, du volume d'une lentille, ombiliquées et présentant à leur centre un point noir.

Sur la face dorsale des phalanges et des articulations métacarpo-phalangiennes, et sur la partie cubitale de la face dorsale de la main, il y a des placards à coloration plus foncée et recouverts de squames blanchâtres, plâtreuses, très adhérentes.

La paume des mains présente un aspect corné très prononcé. Les plis normaux sont exagérés et plus profonds qu'à l'état ordinaire et on voit se détacher des plaques cornées, gris jaunâtre.

La plante des pieds présente les mêmes altérations que la paume des mains.

Les ongles présentent les lésions caractéristiques du pityriasis rubra pilaire. Son extrémité inférieure est très épaissie, surtout sur les parties latérales : leur épaisseur atteint 2 millim.

L'aspect de moelle de jonc est très caractéristique. La matrice de l'ongle est indemne.

La face est atteinte et on voit des placards recouverts de squames blanchâtres, très petites, plâtreuses surtout au niveau du menton et de la moustache. Les sourcils sont également envahis.

A la nuque, on voit un placard de papules cohérentes ayant la dimension d'une pièce de cinq francs.

Le conduit auditif externe et la partie environnante présentent un conduit plâtreux, blanchâtre, se détachant au grattage.

Le cuir chevelu ne présente pas d'éléments coniques, mais il y a une desquamation abondante.

Enfin, le malade présente un placard sacré, formé de papules adjacentes mais non réunies, polygonales et séparées par de petits sillons.

(Observation recueillie par M. GULIE, externe du service.)

Éruption généralisée chez un ouvrier employé aux désinfections.

Par M. DU CASTEL.

Ce malade, employé chez un teinturier, désinfecte des vêtements, et des appartements. Il emploie pour cela une solution de sublimé à 1/1000.

Le 28 mai dernier, il a été pris à quatre heures de l'après-midi d'un violent accès de fièvre. Il reprend néanmoins son travail, mais est obligé de s'arrêter quinze jours après.

Il y a quatre semaines, apparaît une éruption, débutant au creux épigastrique, puis s'étendant à l'abdomen et aux aines. Elle reste stationnaire pendant huit jours, puis envahit les aisselles, les membres supérieurs et les membres inférieurs. Elle n'est arrêtée et stationnaire que depuis quelques jours.

L'éruption est caractérisée par de petites papules, très rapprochées à certains endroits, rouges, quelques-unes excoriées par le grattage. On en observe qui sont en voie de régression.

Démangeaisons vives.

Localisations : Ligne axillaire.

Abdomen.

Face interne des cuisses.

Région trochantérienne.

La base du cou est entourée d'un collier de papules reposant sur une base oedémateuse.

(Observation recueillie par M. GULIE, externe du service.)

Sur un mycosis fongioïde avec localisation initiale, éruptions polymorphes et végétations axillaire et inguinales.

Par MM. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Au premier abord ce cas paraît banal, car il représente le type le plus habituel du mycosis fongioïde ; cependant certaines particularités nous semblent dignes d'attirer l'attention.

Marie D..., âgée de 34 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 19, le 3 juin 1896.

Il n'a rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Cette femme a eu un enfant il y a treize ans ; dix-huit mois après, c'est-à-dire il y a onze ans et demi, a commencé l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. A cette époque, est apparue sur la face supéro-interne de la cuisse droite, une plaque rouge, ovale, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Cette plaque, peu surélevée, non suintante, donnait une légère desquamation furfuracée, elle est restée pendant trois ans stationnaire sans s'accompagner d'aucune autre manifestation. Elle était très prurigineuse. Au bout de trois ans, survinrent d'autres plaques sur le tronc et les cuisses, plaques semblables à la première et qui n'ont jamais rétrogradé depuis. Les avant-bras et les jambes furent atteints il y a deux ans, et c'est seulement depuis un an que les lésions ont commencé à devenir végétantes par places.

Actuellement l'affection est entièrement généralisée.

Toute la face antérieure du tronc et de l'abdomen est couverte de surfaces d'un rouge foncé de dimensions variables, les unes formant des plaques de dimensions moyennes, les autres confluant en larges placards qui laissent seulement entre eux quelques rares intervalles de peau saine. Ces placards sont d'un rouge foncé, à bords irréguliers, polycycliques ; à leur niveau, le derme est épaissi, induré, et, par places, ces taches, plus proéminentes, commencent à végéter. Ces plaques végétantes se rencontrent surtout au pourtour de l'ombilic, sur les flancs et à la partie inférieure de l'abdomen, vers le mont de Vénus, où les poils sont du reste très raréfiés. A ce niveau les plaques sont saillantes et leur surface rappelle un peu celle d'un macaron.

Dans le dos, les lésions présentent à peu près le même aspect ; elles sont surtout proéminentes au niveau des régions interscapulaire et lombaire.

Sur le cou, en arrière, les lésions remontent jusqu'à la limite du cuir chevelu ; à ce niveau, le derme est très épaissi. Sur le côté droit du cou, on voit des lésions très caractéristiques ; il y a deux plaques ovalaires, surélevées et légèrement suintantes.

La face est peu atteinte ; cependant sur le côté gauche du cou, les lésions dépassent un peu le bord du maxillaire inférieur. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, il est survenu une petite tumeur au niveau de la commissure gauche.

Membres supérieurs. — Dans les aisselles, les lésions sont franchement végétantes ; on voit à gauche une tumeur du volume d'une noisette et légèrement pédiculée, puis une série d'autres petites tumeurs moins volumineuses.

Sur les bras et les avant-bras, l'éruption revêt l'aspect d'eczéma avec lichénification par places. Dans d'autres endroits, on trouve des plaques à bords surélevés.

Sur les mains, dans les espaces interdigitaux, il existe des lésions d'apparence eczémateuse.

Membres inférieurs. — L'éruption présente à peu près le même aspect : elle est surtout accentuée à la partie supéro-interne des cuisses et au niveau des plis inguinaux où elle est végétante par places.

A la partie interne de la jambe droite, on voit une large tache d'un brun foncé, limitée à sa partie supérieure par un volumineux bourrelet, présentant plusieurs centimètres de large, et faisant une notable saillie au-dessus des téguments voisins. Ce bourrelet est très dur, rouge, et c'est par lui que semble se faire l'accroissement de cette plaque.

On constate l'existence d'adénopathies axillaires et inguinales très prononcées.

Le prurit est intense, intolérable ; il empêche le sommeil, et, cependant, malgré ce prurit, on ne voit pas de véritable prurigo.

La bouche reste indemne.

On note une séborrhée du cuir chevelu.

La rate paraît un peu grosse.

L'examen du sang n'y a rien montré d'anormal.

La localisation initiale à la partie interne de la cuisse droite pendant trois ans, puis la généralisation ultérieure, font penser à une porte d'entrée de l'affection en ce point analogue à celle de la syphilis et de la tuberculose. — Nous ne trouvons pas dans ce cas un tubercule initial analogue à celui que l'un de nous a déjà signalé dans plusieurs cas de mycosis ; peut-être ce tubercule a-t-il disparu ; peut-être est-il représenté par épaississement dermique que l'on constate actuellement en ce point bien que la malade assure qu'il soit de date récente.

Dans ce cas, comme nous l'avons déjà signalé plusieurs fois, malgré le prurit et les grattages périodiques, il n'y a pas de prurigo ; on voit bien quelques légères excoriations dues au grattage, mais il n'y a pas de véritables papules prurigineuses.

Un point qui mérite aussi d'attirer l'attention, c'est le *polymorphisme* des lésions que l'on trouve chez cette malade : à côté de lésions vraiment caractéristiques, il en existe d'autres qui rappellent l'eczéma et même, par endroits, se rapprochent du lichen.

Enfin il est à noter que les *lésions végétantes se trouvent presque exclusivement au niveau des régions axillaires et inguinales*. Il semble que ces deux régions soient des lieux d'élection pour les tumeurs tendant à devenir végétantes ; car en dehors du mycosis, c'est à leur niveau que plusieurs fois nous avons vu paraître d'abord les lésions végétantes de la dermatite herpétiforme de Dühring et de la maladie de Darier. Sans doute, il y a en ces points une disposition spéciale du corps papillaire à proliférer.

Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature, et ses relations avec l'eczéma séborrhéique.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société représente un type de lichen scrofulosorum. Si, au début, nous avons éprouvé quelques hésitations, bientôt dissipées par M. Besnier, c'est précisément parce que chez cet enfant les lésions présentaient des caractères plus accentués que dans les cas pour la plupart un peu frustes qu'on a eu jusqu'ici l'occasion de présenter à la Société de dermatologie ou de figurer dans notre musée, et aussi parce que plusieurs d'entre elles offraient une frappante ressemblance avec celles de l'acné cornée en aires.

C'est le premier fait dans lequel nous voyons, conformément à la description de Hebra, les grains pilo-sébacés être surmontés de concrétions cornées engainant les poils ; c'est aussi le premier dans lequel existent d'aussi larges placards éruptifs.

Voici résumée l'observation de cet enfant :

Charles P..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bazin, lit n° 40, le 26 juin 1896.

Son père et sa mère sont morts tous deux phthisiques ; la mère a succombé deux mois après la naissance de l'enfant ; le père était mort cinq mois auparavant. Un frère plus âgé est bien portant.

Cet enfant a toujours eu des glandes au cou. L'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a trois ans ; la première plaque est apparue dans le dos, mais l'éruption s'est rapidement généralisée sur tout le tronc et ne s'est jamais effacée depuis.

État actuel. — Ce qui frappe à première vue, en regardant ce malade, c'est que l'on se trouve en présence d'un scrofulo-tuberculeux : il existe en

effet une adénopathie cervicale très prononcée; les ganglions sous-maxillaires, rétro-maxillaires et pré-auriculaires sont très volumineux et forment un chapelet ganglionnaire plus accentué à gauche. Sur le côté droit du cou, existe une cicatrice consécutive à l'ouverture d'un ganglion suppuré. Au niveau des aisselles et des aines, les ganglions sont aussi très hypertrophiés et atteignent le volume d'une noisette et même d'une petite noix.

L'éruption pour laquelle on amène l'enfant à l'hôpital est surtout accentuée sur le tronc. Elle est constituée de petites papules du volume d'une forte tête d'épingle, acuminées, de couleur blanc rosé, présentant à leur sommet une petite concrétion cornée, centrée par un poil. Les petites papules, isolées par places, sont le plus souvent agminées et se réunissent pour former des plaques arrondies ou ovalaires; elles prennent souvent la forme circinée, le centre de la plaque restant indemne tandis que la périphérie est formée par plusieurs rangées concentriques de ces petites papules.

Ces plaques présentent des dimensions extrêmement variables, notamment au niveau du dos et des lombes où elles occupent de larges surfaces à bords extrêmement irréguliers: on voit alors un grand placard érythémateux au niveau duquel tous les orifices pilo-sébacés sont saillants et présentent la petite papule mentionnée plus haut.

Au niveau de ces taches, la peau offre le type de la peau ansérine, de la chair de poule. Au toucher, on sent une surface rugueuse, chagrinée, donnant la sensation d'une râpe.

Chaque élément papuleux est centré par un poil follet. Ce follet est parfois indemne et a conservé sa longueur normale; souvent il est cassé à 2 ou 3 millimètres de sa sortie du follicule; parfois enfin il est cassé au niveau même de sa sortie du follicule et on ne voit plus alors qu'un point noir central, vestige de sa présence. La concrétion cornée qui se trouve au sommet de la papule engaine le follet jusqu'à une certaine hauteur; aussi y a-t-il au niveau des plaques une légère desquamation pityriasique et par endroits l'aspect rappelle-t-il celui d'une plaque tricophytique du cuir chevelu due au *microsporon Audouini*.

Si, avec l'ongle ou une pince, on arrache la concrétion cornée qui surmonte la papule, on met à nu une petite surface rosée, légèrement excavée, un peu suintante, mais ne donnant pas d'écoulement sanguin.

Répartition des lésions. — On est frappé de suite de la symétrie presque absolue des lésions et de leur répartition qui rappelle celle de l'eczéma séborrhéique. En effet, sur la partie postérieure de la poitrine, les plaques sont limitées au niveau de la région pré-sternale, entre les deux seins; en arrière, l'éruption est confluyente et forme un large placard, à bords extrêmement irréguliers, s'étendant en largeur d'une omoplate à l'autre et en hauteur du bord supérieur de l'omoplate à la partie inférieure de la région dorsale.

Au niveau de la région sacrée, se trouve un autre large placard allongé transversalement. Sur l'abdomen, les lésions sont moins étendues; elles sont disséminées et forment des plaques arrondies ou, plus souvent, allongées transversalement; le centre de ces plaques peut rester indemne et les

papules n'exister qu'à leur périphérie. A la partie inférieure de l'abdomen, au niveau de la racine de la verge, existe notamment une plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs présentant très nettement cette disposition.

Sur la face externe du bras, on trouve des taches présentant le même aspect ; mais les papules y sont moins saillantes. Sur l'avant-bras gauche existent aussi quelques plaques. Rien au niveau des mains.

Les membres inférieurs sont indemnes, mais, au niveau des plis inguinaux, les lésions sont plus accentuées.

Il n'y a aucune éruption sur la face, le cou et le cuir chevelu.

Une biopsie a été pratiquée au niveau de la grande plaque dorsale.

L'examen histologique pratiqué par M. J. Laffite a donné les résultats suivants :

(La pièce a été incluse dans la paraffine, après avoir été plongée dans le liquide de Mayer, pour fixer les éléments anatomiques. Les coupes ont été colorées, les unes par la thionine, les autres par le picro-carminate d'ammoniaque.)

Les lésions les plus apparentes siègent dans le tissu conjonctif du derme. C'est une infiltration diffuse mais discrète, de cellules rondes au niveau des papilles et de la zone conjonctive sous-jacente. Ces cellules se rassemblent en plus grande abondance autour des glandes pilo-sébacées, et surtout autour du col de ces glandes.

En cet endroit, en effet, on observe un manchon épais de cellules embryonnaires toutes bien distinctes et bien colorées, sans nulle trace de cellules géantes.

Les cellules géantes paraissent être fort rares dans le fragment examiné, car, sur une trentaine de coupes, on n'a pu en apercevoir que trois.

Elles siègent près de la base d'une papille, loin des glandes sébacées, et se trouvaient comme posées sur un tissu conjonctif à peu près sain.

Les glandes pilo-sébacées sont plus volumineuses qu'à l'état naturel, mais on ne remarque point d'altération de leur épithélium. Dilatées au-dessus de leur col, elles s'ouvrent largement à la surface de l'épiderme.

La couche cornée épidermique est normale entre deux glandes sébacées, mais très épaissie au niveau de l'ouverture élargie de ces glandes. Elle forme en ce point, tantôt un opercule épais et plat, et tantôt comme une boule ou un bouchon corné.

En résumé, les lésions siègent dans le tissu conjonctif du derme et dans l'épiderme corné, et ces lésions rappellent celles de l'acné cornée, avec quelques rares cellules géantes.

Un fragment de la biopsie, saturé avec du bouillon, a été injecté dans le péritoine d'un cobaye ; mais le court espace de temps qui s'est écoulé depuis cette inoculation ne nous permet pas encore d'en donner le résultat.

Ce résultat sera important à connaître, car cette inoculation a été faite dans les meilleures conditions (1) et nous pourrons savoir si

(1) Depuis notre communication, nous avons eu connaissance des recherches

cette manifestation de la tuberculose est liée à une prolifération bacillaire trouvant dans les glandes cutanées de l'adolescent un milieu favorable, et à un mode de réaction tout particulier de ces organes, ou si elle est due à l'action de toxines de même origine. Nous devons dire qu'*A PRIORI* cette dernière interprétation nous paraît devoir être admise, en raison : 1° de la facilité avec laquelle disparaît cette éruption ; 2° de l'absence complète de destruction du tissu ; 3° des différences que présentent, d'après l'examen relaté ci-dessus, les altérations avec celles des tuberculoses bacillaires ; 4° des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille que dans un seul cas a isolé M. Jacobi ; 5° de ce fait que MM. Schweninger et Buzzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable : ce dernier fait a une signification décisive ; il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose ; ils viennent s'ajouter aux observations de l'un de nous pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse ; ils expliquent l'absence habituelle de bacilles, l'impossibilité de la transmission par l'inoculation, le défaut de destruction du tissu, le siège superficiel des lésions et la facilité avec laquelle de simples topiques les font disparaître.

Les saillies des comédons ont été aussi considérables que dans l'acné cornée ; il y a une frappante analogie entre les plaques nummulaires de notre jeune malade et ceux de cette acné dans sa forme agminée.

La distribution des plaques pré-sternales et interscapulaires, leur aspect, leurs dimensions énormes, rappellent singulièrement celles de l'eczéma séborrhéique ; elles conduiraient nécessairement à enrichir d'un nouveau type la dermatose d'Unna, si nous ne savions qu'il s'agit d'une manifestation de la tuberculose. Ce fait nous paraît des plus intéressants, car il établit que des maladies de nature très différente peuvent revêtir des localisations identiques à celle de l'eczéma séborrhéique et qu'elles peuvent prendre la forme typique de ses manifestations interscapulaires ; pour qu'il en soit ainsi, il suffit qu'elles occupent les appareils pilo-sébacés ; on sera sans doute conduit de la sorte à démembrer la dermatose d'Unna et à y distinguer, par exemple, des manifestations glandulaires du psoriasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra pilaire, du lichen scrofulosorum, etc.

semblables qu'a pratiquées M. Jadassohn et des résultats purement négatifs qu'elles lui ont donnés.

Notes sur l'ulcère de Madagascar.

Par MM. FRADET, médecin-major, et LEGRAIN.

Une vingtaine de rapatriés de Madagascar ont été traités pour ulcères à l'hôpital militaire de Bougie. Les uns, porteurs de ces lésions depuis un ou plusieurs mois, ont été hospitalisés dès leur retour en Algérie ; les autres, au nombre de cinq, ont, après guérison complète, été atteints de récurrence. Ce sont ceux-ci, qui nous ont paru les plus intéressants, dont nous présentons les photographies à la Société.

Nous n'avons constaté cette affection que sur des indigènes africains (Arabes ou Kabyles), qui avaient servi à Madagascar comme tirailleurs ou convoyeurs.

Chez tous, — à l'exception d'un tirailleur dont l'ulcère siégeait à l'éminence thénar gauche, — c'étaient les jambes ou les pieds qui étaient atteints. L'origine de la maladie était toujours attribuée à un traumatisme, souvent léger (coup de pied, plaie contuse par une roue de voiture, écorchure, voire même piqûre de moustique). Il est, du reste, à remarquer que les blessés, dans tous les ulcères analogues, accusent comme porte d'entrée une légère blessure de cause banale. Pour l'ulcère annamite, les piqûres de bambous sont généralement considérées comme les coupables.

Ici l'état général était assez mauvais chez la plupart de nos malades; quelques-uns cependant étaient bien portants et n'offraient qu'un degré peu intense d'anémie. Tous avaient eu de nombreux accès de fièvre, mais un seul était atteint de cachexie. Chez trois d'entre eux, qui semblaient le plus affaiblis, la numération des globules a donné :

3.040.000

3.072.000

3.660.000

La gravité et l'étendue de l'ulcère ne paraissent pas en rapport avec le degré d'affaiblissement de l'individu.

Cette affection, que, dans un cas de récurrence, nous avons vue naître sous nos yeux malgré les pansements antiseptiques, débute, non pas par une vésicule ou une pustule, mais par une sorte de petit bourgeon charnu, papuleux, qui semble perforer la peau, comme un néoplasme, s'ulcérant à la surface de téguments sains. Il gagne rapidement en étendue, s'élargissant circulairement d'une façon régulière, presque géométrique et formant toujours une saillie assez considérable au-dessus de la peau. Celle-ci n'est pas indurée, ne se décolle pas sur les bords; elle paraît intacte dans le voisinage immédiat et ne présente même pas de zone anesthésique.

Les tissus environnants et sous-jacents sont peu à peu détruits

comme par un sarcome envahissant. Les os eux-mêmes peuvent se nécroser superficiellement, les tendons être disséqués. Les fragments mortifiés, les séquestres noirâtres qui en résultent apparaissent à la surface bourgeonnante de l'ulcère sans que les parties soient mises à nu. Ils ont été repoussés à travers les fongosités, et sans marquer leur passage par un trajet fistuleux au milieu du tissu de nouvelle formation, ils sont amenés à l'extérieur.

Lorsque l'ulcère est en pleine voie d'évolution, il ne creuse donc pas, il déborde au contraire. Il est formé par une masse de fongosités exubérantes, d'une mollesse presque diffluente, d'une coloration grisâtre ou rose sale. Ses bourgeons peu mamelonnés saignent beaucoup au moindre contact.

Ce n'est que lors de la tendance à la guérison qu'on voit cet ulcère surélevé, se niveler, et même se creuser pendant qu'il change d'aspect et que le tissu cicatriciel se forme.

Les douleurs spontanées ou même provoquées sont faibles. Tous les malades, même les plus gravement atteints, demandaient, sans cesse, à marcher.

L'ulcère est ordinairement unique. Le seul cas que nous ayons observé d'un deuxième sur le même malade s'était produit au voisinage du premier, peut-être par auto-infection.

Cette plaie est le siège d'une suppuration extrêmement abondante, sanieuse, d'une odeur fétide et dans laquelle se développe facilement le bacille pyocyanique.

La cicatrisation se fait avec une extrême lenteur et nous avons vu que la récurrence peut se produire après la guérison complète, et chez nos malades, en peu de temps, l'ulcère avait repris toute son étendue primitive.

La cicatrice consécutive est fortement déprimée, pigmentée ou livide. Elle est calleuse, adhérente aux tissus profonds, rétractée et comme gaufree.

Elle se recouvre de couches cornées, dures et épaisses, qui s'exfolient successivement, laissant quelquefois au centre une petite excoriation.

Les mouvements des tendons et même des articulations peuvent être fortement gênés par ces cicatrices vicieuses.

La nutrition du membre est, du reste, troublée et des œdèmes plus ou moins étendus persistent assez longtemps.

Ces ulcères peuvent être atteints par toutes les complications des plaies ordinaires. Un de nos blessés présenta un érysipèle grave, et nous savons, d'autre part, qu'au moment du rapatriement, des cas de pourriture d'hôpital ont été constatés.

Bien que cette affection semble devoir être considérée comme d'origine microbienne, les inoculations ne nous ont donné aucun résultat positif.

Ces inoculations, faites selon toutes les règles d'asepsie en usage, avec de petits fragments de tissu sous-épidermique et sous-cutané pris au voisinage immédiat d'un ulcère en pleine voie d'accroissement, et dans la profondeur même des bourgeons de cet ulcère, ont été pratiquées sur l'un de nous (Fradet) et sur un lapin. Les scarifications faites à l'avant-bras gauche n'ont été le siège d'aucune inflammation.

Le lapin dans le péritoine duquel nous avons injecté 1 c.c. d'eau distillée contenant en suspension, gros comme un pois de tissu réduit en bouillie, n'a présenté aucune réaction, ni aucune lésion.

Ces ulcères sont très tenaces et semblent peu influencés par la médication. Il paraissent, comme d'autres lésions de la peau des pays chauds, telles que le clou de Biskra, suivre une marche presque régulière.

La saison agirait sans doute sur leur développement et leur rétrocession.

Quoi qu'il en soit, les pansements qui paraissent les plus favorables, sont les applications antiseptiques (iodoforme, solution de sublimé), alternant avec des astringents (vin aromatique, pâte formée d'un mélange de salol camphré et de sous-carbonate de fer).

Les topiques doivent être souvent modifiés, car la plaie au bout de quelque temps cesse d'être améliorée par un pansement identiquement répété.

Chez tous nos malades, les greffes dermo-épidermiques ont donné de bons résultats dès que l'aspect de l'ulcère se modifiait. Le plus grand nombre de celles que nous avons faites ont réussi, réduisant ainsi l'énorme perte de substance de ces vastes plaies.

Gangrène massive symétrique des extrémités inférieures.

Par M. E. LEGRAIN.

La photographie que je présente à la Société est un bel exemple de gangrène massive symétrique des extrémités, affection fréquente chez les indigènes de la Kabylie et qui fera de ma part l'objet d'un travail ultérieur plus complet.

L'observation est celle d'un jeune Kabyle dans les antécédents duquel il est impossible de rien découvrir de spécial : ni syphilis héréditaire, ni paludisme apparent. Il s'est présenté à l'hôpital civil de Bougie en mars dernier, porteur de la lésion représentée par la photographie jointe à cette communication, et constituant le degré ultime de la maladie de Raynaud.

Après une période douloureuse de plusieurs semaines, les pieds et le tiers inférieur des deux jambes prirent une teinte violette, puis noirâtre.

Un cercle inflammatoire apparut à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. L'eschare se forma à ce niveau, et la partie gangrenée des deux membres inférieurs ne fut bientôt plus retenue que par le tibia et le péroné mis à jour. L'état général n'étant pas mauvais, j'amputai, à un mois d'intervalle, les deux jambes au tiers supérieur, et aujourd'hui le malade va aussi bien que possible.

Sans entrer dans plus de détails, j'insisterai seulement sur plusieurs particularités :

1° La fréquence des gangrènes massives en Kabylie : j'en ai observé six en dix-huit mois ;

2° L'étiologie absolument obscure de ces gangrènes : le paludisme a été souvent incriminé, mais sans raison plausible ;

3° Le peu de retentissement de l'affection sur l'état général ;

4° La variabilité des lésions anatomiques des organes autres que les nerfs périphériques, qui présentent dans ce cas à peu près les lésions de névrite décrites par Pitres et Vaillard. Les os sont atteints tantôt d'ostéite condensante, tantôt d'ostéite raréfiante. Dans mon cas, les artères prises au tiers moyen de la jambe présentaient d'un côté les lésions de l'artérite oblitérante, de l'autre, des lésions de méso-périartérite.

Note sur le clou de Biskra, sa distribution géographique dans le Sahara.

Par M. E. LEGRAIN.

« Il est important de déterminer au juste toutes les localités, « grandes ou petites, où se montre cette curieuse affection, et celles « où elle ne se montre jamais. C'est par comparaison qu'on pourra « peut-être déterminer la cause de cet ulcère. »

C'est ainsi que s'exprimait Tholozan, en 1860, en parlant du bouton d'Alep, dans une lettre adressée au baron Larrey (1).

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de clous de Biskra, dans l'hiver de 1892-1893 et à l'automne de 1893, dans l'extrême-sud de la province de Constantine, je crois utile de rapporter les quelques particularités que j'ai relevées au sujet de la répartition de cette affection dans le Sahara constantinois.

Le pays de Souf où j'ai observé, se trouve à 200 kilomètres au sud-est de Biskra, à 100 kilomètres à l'est de Touggourt, à 100 kilomètres à l'ouest du Djérid (Tunisie). Or, dans les oasis de Touggourt et du Djérid, le clou de Biskra existe, et se développe avec ses

(1) *Recueil de mémoires de méd. et de chir. milit.*, 1860, p. 322.

symptômes habituels (clou de Touggourt, clou d'Ouargla). *Au pays de Souf, au contraire, on ne voit que des clous d'importation.*

Voilà donc un groupe de villages peuplés de près de trente mille habitants, isolés au milieu du Sahara, exempts de clous, alors qu'au Nord, à l'Ouest, et à l'Est, dans les oasis des Zibans, de l'Oued-Rihr et du Djérid, l'affection est endémique.

Et pourtant, les relations entre l'Oued Souf et l'Oued Rihr sont fréquentes. Les clous d'importation ne sont pas rares; mais ils ne font pas souche dans les oasis du Souf. La tribu nomade des Chambas, dont les terrains de parcours sont à l'ouest de l'extrême sud Tunisien et de Ghadames, ne présente pas de clous. Les Touaregs venus en 1892 et 1893 à El Oued, et que j'ai soignés, n'en présentaient pas non plus, et cependant, les membres de ces soi-disant missions composées de faméliques déguenillés, étaient parfois de véritables musées pathologiques.

D'autre part, j'ai vu de véritables clous de Biskra sur les mains d'un nègre venant du Tchad où il les avait contractés. Le clou existerait donc de l'autre côté du Sahara.

Il y a plus : les clous de Biskra arrivés dans la région des dunes guérissent seuls en très peu de temps. Je présente à la Société les photographies de clous de Biskra pris sur des spahis français du détachement de relève, arrivés depuis trois semaines de Biskra avec des clous en pleine évolution. La cicatrisation se fait avec une rapidité inouïe, et il ne reste plus, au bout de ce temps, qu'une papule squameuse qui laissera après elle une macule assez persistante.

Cette guérison rapide que, dans l'hiver 1892, j'avais attribuée à mes pansements antiseptiques, est absolument spontanée, ainsi que me l'ont appris et les dires des indigènes et mon expérience personnelle en hiver 1893. Les clous dont je présente la photographie n'ont pas été traités.

A quoi sont dues ces particularités ?

Il n'y a pas de moustiques dans le Sahara sablonneux; il n'y a pas non plus de puces. Les punaises ont été introduites récemment par les lits militaires. Cela explique peut-être la difficulté de la propagation du clou.

De plus, l'humidité relative est très minime. Il arrive parfois que la proportion d'humidité est si infime que les procédés ordinaires ne suffisent pas à l'enregistrer; à Biskra au contraire, pendant les six mois d'été, l'humidité moyenne est de 30 p. 100.

Cet absence d'humidité est cause que les corps ne pourrissent pas sur le sable, mais se momifient. Elle pourrait également être cause que les ulcérations de toute nature guérissent dans cette région avec une grande rapidité

Les eaux sont aussi et parfois plus magnésiennes et plus chlorurées

que celles de l'Oued Sihr et de Biskra. Ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher pour avoir la clef des particularités que je viens de signaler.

Observation de « Myélite syphilitique aiguë précoce ».

Par M. J. BRAULT.

Le nommé B..., soldat au 1^{er} régiment étranger, né à Mutzig (pays annexé), rapatrié du Tonkin par le transport *Colombo*, est entré à l'hôpital du Dey, le 24 janvier 1896, avec le diagnostic : Fièvre paludéenne et syphilis. Ce malade a été placé dans la division des vénériens.

A bord, B... a déjà subi un traitement spécifique assez énergique, mais sans amélioration. Au moment où il nous arrive, il est dans un état lamentable, très amaigri, très fatigué ; on a dû le transporter couché sur un brancard, car il présente une paraplégie complète.

A notre examen, à la visite du lendemain, voici les quelques renseignements que nous parvenons à arracher au malade, qui parle et comprend très mal le français.

Il y a UN AN SEULEMENT qu'il a contracté un chancre induré au Tonkin, puis la roséole et quelques plaques muqueuses sont survenues. Jusque dans les derniers temps de son séjour dans notre colonie de l'Extrême-Orient, la malade n'avait rien présenté par ailleurs, bien que s'étant fort peu traité. Un peu avant son embarquement pour le retour, il avait senti une légère faiblesse dans les jambes, il se fatiguait vite et la marche était incertaine ; mais ce n'est, d'après lui, que sur le bateau-transport qu'il a vu survenir sa paralysie.

État à l'entrée. — Comme je viens de le dire, l'état général de B... est très mauvais, la paraplégie est complète ; la sensibilité sous toutes ses formes est très diminuée dans toute la hauteur du membre gauche ; il n'y a que de la paresthésie légère à la partie antérieure de la cuisse droite ; pour le reste du membre, c'est comme du côté opposé.

Le malade se plaint d'une douleur en ceinture au niveau de l'abdomen, mais il n'accuse pas de douleurs spontanées dans les membres inférieurs. Les réflexes patellaires et plantaires sont entièrement abolis ; le réflexe scrotal semble seulement diminué. Les muscles très atrophiés ne réagissent plus au courant faradique. Il n'existe pas d'autres troubles trophiques manifestes ; il n'y a pas encore de troubles viscéraux, pas d'eschares. Le tronc et les membres supérieurs sont indemnes. On ne constate aucun trouble du côté des nerfs crâniens ; les mouvements des yeux ont gardé toute leur amplitude, la pupille réagit à la lumière, à la douleur et dans l'accommodation.

Les mouvements de la face, la parole, l'intelligence sont entièrement conservés. L'examen des viscères ne fait rien découvrir d'anormal du côté du poulmon ; le foie déborde un peu les fausses côtes, la rate est également un peu augmentée de volume ; B... a d'ailleurs de temps à

autre quelques accès de fièvre intermittente, mais tout cela est bien banal pour quelqu'un qui revient du Tonkin.

Pour nous, le diagnostic s'impose ; il ne s'agissait pas d'une paralysie dysentérique, les paralysies de la fièvre intermittente, les infections nerveuses streptococciques que nous avons pu observer à diverses reprises en Algérie, ne se montrent pas de même, et présentent plutôt soit le type des névrites périphériques, soit le type des myélites à forme subaiguë de Landouzy-Dejerine, ou même le type aigu de Landry. D'ailleurs, à chacun de ses accès, B... a été soumis à un traitement énergique par le chlorhydrate de quinine, et dans ces derniers temps, il n'a jamais eu de plaie.

De plus, la phase de faiblesse, l'incertitude dans la marche, l'incapacité rappellent bien la façon de procéder de « tâtonner » de la syphilis médullaire ; la diffusion, le cantonnement aux membres inférieurs, la prédominance des phénomènes du côté du mouvement, plaident encore un peu en faveur de cette affection. L'échec du traitement suivi à bord ne prouve rien, car la syphilis médullaire aiguë précoce, en dépit des spécifiques comporte un pronostic de la plus haute gravité. Quoi qu'il en soit, voici la marche de l'affection et de la thérapeutique instituée.

En face de ce cas, pour ainsi dire désespéré, nous avons prescrit immédiatement un traitement intensif. Piqures au calomel à cinq centigrammes, répétées tous les huit jours (1), iodure de potassium à doses progressives, jusqu'à dix grammes.

Dans les jours suivants, les troubles viscéraux apparaissent : après avoir eu un peu de diarrhée, le malade présente une constipation opiniâtre qui ne cède qu'à des lavements purgatifs répétés. La vessie se paralyse à son tour, et B... n'urine plus qu'à la sonde. Des eschares surviennent au sacrum et aux trochanters ; malgré le traitement, malgré les pansements et les précautions les plus minutieuses, elles s'agrandissent rapidement, elles ont bientôt la largeur du poing.

De temps en temps, le malade a un accès de fièvre ; chaque fois le chlorhydrate de quinine est administré à la dose de 1 gramme et 1 gr. 50 pendant trois jours de suite, et à une dose moindre pendant quelques jours. A part ces montées brusques, la température oscille aux alentours de la normale. Bientôt la cachexie augmente et la faiblesse devient extrême. Dans les derniers jours, il y a un peu de gêne respiratoire, la température oscille aux alentours de 39°, les sphincters sont relâchés, il y a incontinence d'urine et des matières fécales.

Le malade s'éteint dans la nuit du 11 mars, vers trois heures du matin. L'autopsie n'a pu être faite.

(1) Vis-à-vis de l'état cachectique du malade nous n'avons pas osé injecter une dose plus forte.

Traitement du « Psoriasis » par les injections mercurielles.

Par M. J. BRAULT.

L'an dernier, à pareille époque (1), j'avais l'honneur de communiquer à la Société l'observation de deux psoriasiques traités par les injections d'oxyde jaune, à l'exclusion de toute autre médication.

Chez mes deux malades, dès la troisième injection, il y avait eu desquamation et effacement très marqué des placards éruptifs. En prolongeant le traitement, j'étais même arrivé à une guérison qui paraissait être complète.

Devait-elle être durable? — A la fin de ma communication, j'émettais de forts doutes, je prévoyais la récurrence, comme avec tous les autres traitements désormais classiques, et, je ne voyais là qu'un moyen énergique, pour « blanchir » les psoriasis.

Mes prévisions étaient malheureusement justes, et, afin de dissiper toute équivoque, je tiens à donner aujourd'hui les résultats éloignés.

L'un de mes malades, le premier, le plus atteint, a récidivé au bout de cinq mois, l'autre, au bout d'un mois environ.

Ainsi que je l'indiquais dans une note, je suis passé ensuite au traitement mixte, et, chez un troisième sujet également atteint de psoriasis typique, j'ai à la fois pratiqué des injections d'oxyde jaune et donné de l'iodure de potassium.

Voici d'ailleurs le résumé de cette observation.

M..., 23 ans, garçon vigoureux, bonne santé habituelle, pas d'antécédents héréditaires, une simple blennorrhagie comme bilan vénérien.

Psoriasis typique datant d'un an, a déjà été amélioré par un traitement à l'huile de cade; récurrence assez rapide. Entré dans le service le 1^{er} juillet 1896.

Eruption généralisée, disposition, coloration, marche, prurit, rien ne manque au tableau du psoriasis vrai. Il y a surtout de grands placards recouverts de larges et épaisses squames aux genoux, aux coudes et sur les membres inférieurs.

Le malade a reçu quatre injections : une à 5 et trois à 10 centigrammes.

Les doses d'iodure prescrites n'ont pas été très fortes. Nous sommes montés de 1 à 6 gr., l'augmentation quotidienne a été de 0 gr. 50.

Maintien de la dose maxima pendant huit jours, puis descente progressive.

Le sujet nous a quitté, blanchi au bout de cinq semaines. Huit mois plus tard, récurrence. Comme on le voit, malgré l'association de l'iodure, nous n'avons pas eu plus de succès qu'avec les malades précédents.

Après avoir fait à nos syphilitiques plusieurs centaines d'injections

(1) *Bulletin*, séance du 11 juillet 1895.

avec l'oxyde jaune, nous sommes revenus depuis un an environ au calomel, plus efficace. Dernièrement, nous avons expérimenté ce sel insoluble sur deux psoriasiques dartreux, tout en poussant l'iodure jusqu'à la dose quotidienne de dix grammes. Comme dans nos observations antérieures, au bout de la troisième injection, nous avons obtenu un effacement marqué, mais la disparition complète de l'éruption a demandé six injections dont une à 10 centigr.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un psoriasis généralisé, dans le second, de vastes placards occupant presque exclusivement les deux membres inférieurs.

Chez ces deux derniers malades, pour faire une tentative plus sérieuse, après la disparition des plaques j'ai pratiqué encore une septième et une huitième injection à 10 centigr. tout en les maintenant, jusqu'à leur sortie, à la dose quotidienne de cinq grammes d'iodure. L'ensemble du traitement a duré trois mois.

Malgré l'énergie thérapeutique, après ce que j'ai vu chez mes trois premiers observés, je ne compte pas sur une guérison durable, et à moins d'un bénéfice réel inespéré, j'ai l'intention de clore la série de mes essais infructueux (1).

M. BARBE présente une nouvelle pointe pour galvano-cautère.

Le Secrétaire,

E. LEREDDE.

(1) Actuellement, chez une petite hydrocéphale de deux mois, je combine les ponctions ventriculaires, l'iodure et les injections de calomel à doses appropriées. Je compte traiter ainsi par la méthode intensive toutes les infections parasymphilitiques que je rencontrerai.

LE TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Le troisième Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a eu lieu à Londres, du 4 au 8 août, dans les locaux du *Examination Hall of the Royal Colleges of Physicians and Surgeons*.

On trouvera plus loin le compte rendu des travaux scientifiques du Congrès; nous voulons seulement ici, comme nous l'avons fait pour les précédents Congrès, essayer d'esquisser la physionomie générale de cette importante réunion.

Disons tout de suite que le succès en a été éclatant et que le mérite et l'honneur en reviennent aux excellentes dispositions prises par le comité d'organisation (1), et tout particulièrement à l'éminent secrétaire général le Dr J.-J. PRINGLE, qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine, et a su mener jusqu'au bout triomphalement la tâche écrasante et délicate qui lui incombait. Les Français, tout particulièrement, ne sauraient oublier les soins véritablement confraternels et si dévoués qu'il a pris d'eux et spécialement de leur vénéré président M. E. Besnier, et lui en resteront profondément reconnaissants. Le même sympathique accueil, ils l'ont retrouvé auprès de leurs confrères anglais, qui, à divers titres, secrétaires des séances (MM. PERNET et LANE); organisateurs du musée (MM. COLCOTT FOX, président, et GALLOWAY, secrétaire), et de la section bactériologique (MM. SIMS WOODHEAD, président, et PLIMMER, secrétaire), ont eu une part active dans le fonctionnement même du Congrès. Enfin, M. HUTCHINSON, M. J. PRINGLE, M. MALCOLM MORRIS, M. RADCLIFFE CROCKER, président du comité de réception, M. COLCOTT FOX, M. STEPHEN MACKENZIE, M. PAYNE et plusieurs autres confrères ont offert individuellement, presque chaque soir, aux congressistes, l'hospitalité à la fois fastueuse et cordiale de leur table.

Le *Medical Examination Hall* où ont eu lieu les séances du Congrès est un établissement de fondation récente et qui sert, comme l'indique son nom, aux examens des étudiants en médecine des divers collèges de Londres. C'est une grande construction, d'aspect monumental, haute de trois étages, dont la façade principale est sur le Victoria Embankment, située

(1) La commission exécutive de ce comité se composait de Mr. Hutchinson, *président*, Dr Stephen Mackenzie, *vice-président*, Dr J. Pringle, *secrétaire général*, Mr. Malcolm Morris, *trésorier*; Dr Mc Call Anderson, Mr. William Anderson, Dr Brooke, Mr. Alfred Cooper, Dr Radcliffe Crocker, Dr Fitzgibbon, Dr Colcott Fox, Dr Galloway, Dr A.-J. Harrison, Dr Allan Jamieson, Mr. Ernest Lane, Dr Payne, Dr Perry, Dr Sangster, Dr Pye-Smith, Mr. Sheild, Mr. Shillitoe, Dr Simon, Dr Walter G. Smith, Dr Stowers, Mr. Waren Tay, Dr Thin.

en contre-bas du pont de Waterloo à gauche, séparée à droite par une rue étroite de l'Hôtel Savoye, voisin immédiat lui-même de l'Hôtel Cécil : au-devant de ces trois édifices, s'étendent en bordure du quai de jolis jardins qui leur font un gracieux décor de verdure.

L'intérieur de l'édifice est très simple et bien approprié à son but ; les seuls ornements sont les vitraux allégoriques de l'escalier et, dans le vestibule, une belle statue en pied, grandeur nature, de la reine Victoria, exécutée par Williamson.

Dans les salles du rez-de-chaussée, à droite, sont installés le secrétariat du Congrès, avec un bureau de poste et de télégraphe, et la salle de correspondance.

Au premier étage une grande salle occupant toute la largeur de la façade, éclairée par de grandes baies donnant sur le quai, sera la salle destinée à la section de dermatologie ; au second, même répétition de salle pour la syphiligraphie ; enfin, au troisième sont disposées des salles de dissection qui resteront fermées, et un énorme laboratoire de chimie dans lequel on a installé l'exposition de micrographie, de bactériologie, de dessins et de moulages dont nous reparlerons tout à l'heure. Enfin, occupant le centre de la cour intérieure de l'édifice, existe un grand amphithéâtre de cours, pouvant contenir facilement 500 auditeurs, avec lanterne électrique disposée pour les projections, tableaux, écrans, etc., et où l'on se rend directement du vestibule du rez-de-chaussée par une porte de fond.

Le lundi 3 août se trouvant être un jour de fête nationale « Bank holiday », force a été de remettre au deuxième jour de la semaine l'ouverture des travaux du Congrès. Cependant la plupart des congressistes sont déjà arrivés le lundi et même le dimanche ; toute la journée du lundi d'ailleurs, les bureaux du congrès restent ouverts pour la distribution des cartes, des programmes, et le soir, dans les vastes salons du Café MONICO, a lieu une réunion générale de bienvenue, où l'on se retrouve et se reconnaît, où l'on réalise les souhaits formés à Vienne.

Mardi, 4 août. — A 11 heures, dans le grand amphithéâtre dont nous avons parlé, se fait l'ouverture du Congrès.

Cérémonie des plus simples d'ailleurs.

Le président M. HUTCHINSON, le secrétaire général M. PRINGLE, prennent place au bureau ; au premier rang de l'hémicycle, s'assoient les membres du comité d'organisation, M. Kaposi, M. Besnier, et quelques autres notabilités dermatologiques.

Le secrétaire général prend le premier la parole ; il relate l'histoire de la préparation du Congrès depuis le Congrès de Vienne, et dit comment le comité a dû reculer de 1895 à 1896 le III^e congrès ; il salue les délégués des divers pays, remercie ses collaborateurs à divers titres, et notamment les secrétaires étrangers qui ont préparé les adhésions dans leurs pays respectifs.

Le président donne ensuite lecture du programme détaillé du Congrès et annonce les réceptions préparées : puis on procède à l'élection des vice-présidents destinés à diriger les diverses séances. Sont successivement nommés par acclamation :

MM. KAPOSI (de Vienne), ERNEST BESNIER (Paris), Mc. CALL ANDERSON (Glas-

gow), WALTER SMITH (Dublin), HASLUND (Copenhague), HUTCHINSON (Londres), SCHWIMMER (Budapest), Cap. Sir DYCE DUCKWORTH (Londres), NEISSER (Breslau), Sir WILLIAM MAC CORMAC (Londres), UNNA (Hambourg), PAYNE (Londres), PETERSEN (Saint-Petersbourg), BUXTON SHILLITOE (Londres), JAMIESON (Edimbourg), CAMPANA (Rome), JAMES WHITE (Boston), BOECK (Christiania), D. BULKLEY (New-York), JANOWSKY (Prague), ZAMBACO (Constantinople), TARNOWSKY (St-Petersbourg), DUFFEY (Dublin), PYE SMITH (Londres), CELSO PELLIZZARI (Florence), VEIEL (Canstatt), PETRINI DE GALATZ (Bucarest), STOUKOVENKOFF (Kiew), NEVINS HYDE (Chicago), HALLOPEAU (Paris), WOLFF (Strasbourg), LASSAR (Berlin), G.-H. Fox (New-York), BERTARELLI (Milan) (1).

M. Hutchinson donne ensuite lecture de son adresse.

Il constate d'abord les énormes progrès qu'a faits dans chaque pays la dermatologie; autrefois on trouvait à peine dans chaque contrée deux ou trois personnes s'occupant de cette branche de la médecine; maintenant, grâce à la facilité des voyages, aux publications périodiques spéciales, aux collections iconographiques de tout genre, au premier rang desquelles se place le musée de l'hôpital Saint-Louis, aux Sociétés de dermatologie et enfin aux Congrès, bien plus nombreux sont les médecins qui s'adonnent à l'étude de la dermatologie. Puis après ces généralités, il aborde et traite un point particulier de dermatologie, le lupus dont il envisage les rapports avec la tuberculose, et termine par l'exposé de ses idées personnelles sur la nomenclature dermatologique.

M. le professeur KAPOSI, président du dernier Congrès, et M. ERNEST BESNIER remercient alors M. le président au nom de l'assemblée et lui expriment les félicitations et souhaits des congressistes présents. La séance est ensuite levée.

A trois heures s'ouvre la première séance de travail par la lecture des rapports et la discussion sur la question du *Prurigo*.

(1) Il nous est impossible ou le comprendra de donner les noms de tous les congressistes : 375 médecins s'étaient fait inscrire et plus de 300 étaient effectivement présents. Citons parmi eux, en dehors du comité d'organisation et des vice-présidents dont nous venons de donner les noms : Pour la *France* : MM. Audry, Aubert, Assaky, Balzer, Barbe, Darier, Dubreuilh, Feulard, Gaucher, Hudelo, Jullien, Jaquet, Marfan, Ferrin, Sabouraud, Sottas père et fils, Thibierge, Viennois, Verchère, Wickham. Pour l'*Allemagne* : MM. Arning (de Hambourg) Brandes (d'Aix-la-Chapelle), Blaschko (de Berlin), Feibes (d'Aix-la-Chapelle), Jacobi, Jadassohn (de Breslau), Joseph (de Berlin), prof. Rosenbach (de Göttingue), Rosenthal (de Berlin), Schuster (d'Aix-la-Chapelle), Touton (de Wiesbaden). — Pour l'*Autriche-Hongrie* : MM. Grünfeld (de Vienne), Justus (de Budapest), Nekam (de Budapest), Schiff (de Vienne), etc.

Madame le Dr Tarnowski (de Saint-Petersbourg), Lanz (de Moscou), MM. de Watrasewski et de Groër (de Varsovie).

MM. Corlett (de Cleveland, Ohio), G. Fox (de New-York), Zeissler (de Chicago), Lustgarten (de New-York), Bronson (de New-York).

MM. prof. Ducrey (de Pise), Mario Oro, Ravogli, Ciarrocchi, Stanziale, Soffiantini, M. Zeferino Falcao (de Lisbonne). MM. Ehlers (de Copenhague), Dubois Havenith (de Bruxelles), van Hoorn (d'Amsterdam), Selhorst (de La Haye); MM. Haga, Dohi et Usui, (du Japon), etc., et enfin, en dehors des organisateurs du Congrès, un grand nombre de médecins anglais, parmi lesquels MM. Norman Walker (d'Edimbourg), Wallace Beatty (Dublin), Morton (Glasgow), Gairdness (Glasgow), Leslie Roberts et Barendt (Liverpool) et de nombreux médecins de Londres.

Mercredi, 5 août. — Le Congrès se divise en deux sections. A dix heures et demie commencent les séances ; à l'une on discute la question des *Kératoses*, à l'autre la *Réinfection syphilitique* ; les séances de l'après-midi, à trois heures, sont consacrées dans les deux sections aux communications particulières.

Mais avant les séances, aussi bien le matin que le soir, ont lieu, pendant une grande heure, des démonstrations cliniques. Des malades venus de la ville sont rangés par groupe d'affections similaires, des paravents forment à chaque malade une sorte de petite loge ; le diagnostic et l'histoire clinique résumée en quelques mots par le médecin présentateur des malades, sont placés près de ceux-ci. Les médecins désireux d'étudier ces malades peuvent ainsi passer de l'un à l'autre, les examiner à loisir, discuter entre eux ou avec le présentateur ; ainsi, en quelques minutes parfois, l'accord se fait au sujet d'un cas clinique sur l'appellation à donner et s'établit facilement la synonymie entre les diverses nomenclatures employées.

Ces séances cliniques, dont nous avions souhaité l'organisation dans notre compte rendu du Congrès de Vienne, ont obtenu un très grand et très légitime succès ; et il y a là une indication précieuse à retenir et à développer pour l'organisation des futurs Congrès.

Les discussions générales théoriques, en effet, se prolongent le plus souvent dans des redites ; les communications particulières, écrites et lues, si intéressantes qu'elles soient par elles-mêmes, lassent forcément l'attention car elles ont trait à des choses le plus souvent inconnues des auditeurs, et que le plus fidèle récit ne peut cependant faire vivre ou montrer à leurs yeux. Ce sont, comme nous n'avons cessé de le dire, les « leçons de choses » qui doivent prendre de plus en plus d'importance dans ces réunions, discussions sur des malades présentés, conférences et démonstrations avec pièces, projections, etc. ; les discussions générales étant réduites à deux ou trois, et sur des thèmes bien précisés, et les communications particulières aussi restreintes que possible pour : faire connaître leurs travaux, les auteurs n'ont-ils pas les revues et les journaux généraux ou spéciaux. Ces courtes observations ne font que traduire le sentiment que nous avons entendu exprimer par la majorité des congressistes.

Cette journée du mercredi se terminait par une fort belle réception des congressistes par le LORD MAIRE et la LADY MAYORESS à *Mansion house*, au cours de laquelle se firent entendre les élèves de l'école de musique de Guildhall.

Jeudi, 6 août. — Le matin, discussions générales dans les deux sections sur *Les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire* et sur la *Durée de la période contagieuse de la syphilis*.

L'après-midi séance unique au grand amphithéâtre où la question des *trichophytos* a les honneurs de toute la séance, séance tout particulièrement intéressante et ouverte par un magistral exposé de la question, fait par M. SABOURAUD et accompagné de nombreuses projections photographiques.

Le soir réception des congressistes chez le D^r et M^{me} STEPHEN MACKENZIE.

Vendredi, 7 août. — Le matin, discussions générales dans les deux sec-

tions : *Nature et relations du groupe érythème multiforme* et *Syphilis maligne*; dans l'après-midi à la section de dermatologie, communications particulières. La section de syphiligraphie tient sa séance dans le grand amphithéâtre; et, au cours de cette séance, curieuses projections colorisées de cas syphilitiques par M. LASSAR.

Le soir avait lieu dans une splendide salle de l'*Hôtel Cecil*, salle qui se trouvait inaugurée ce soir là, le BANQUET offert par les médecins anglais à leurs collègues étrangers; réception vraiment somptueuse dans un cadre magnifique et à laquelle prenaient part plus de trois cents personnes.

Au dessert commençait la série des toasts: le premier porté par le président, M. HUTCHINSON, à S. M. la Reine et à sa famille, et ensuite à la dermatologie internationale. A ce dernier répondaient successivement, au nom de leurs pays respectifs, MM. KAPOSI, BESNIER, LASSAR, UNNA, SCHWIMMER, TARNOWSKI, J. WHITE, CAMPANA, HASLUND, BOECK, ZAMBACO PACHA, PETRINI DE GALATZ, DUBOIS-HAVENITH, SEDERHOLM, VAN HOORN, DOHI.

M. NEISSER proposait ensuite, aux applaudissements de toute l'Assemblée, de porter la santé du président et du très sympathique secrétaire général. Les réponses de M. HUTCHINSON et de M. PRINGLE sont à leur tour acclamées et accueillies par des chants universitaires.

Entre les séances de la matinée et de l'après-midi avait été faite, devant la porte même du *Medical Examination Hall*, la photographie en groupe des membres du Congrès.

Samedi, 8 août. — Dans les sections on épuise l'ordre du jour des communications particulières et à midi, dans le grand amphithéâtre, séance générale de clôture.

C'est à ce moment qu'il s'agit de désigner le lieu du futur Congrès. Le président, M. Hutchinson, donne lecture de deux lettres, l'une de la Société de dermatologie de Berlin, sollicitant l'honneur de recevoir le prochain Congrès, l'autre de M. le Dr Besnier, au nom de ses collègues français, invitant les dermatologistes à se réunir à Paris en 1900, au moment de l'Exposition universelle; enfin, MM. White et Bulkley proposent à leur tour la ville de New-York. La situation ne laisse donc pas que d'être un peu embarrassante; mais grâce à la parfaite courtoisie de nos collègues allemands à laquelle nous ne saurions trop rendre hommage, et à l'habile et spirituel discours de M. Lassar, qui déclare au nom de ses collègues se rallier à la proposition française, Paris est acclamé comme le siège du futur Congrès en l'année 1900.

M. Hallopeau propose alors à l'Assemblée de nommer M. le Dr E. BESNIER, président du comité d'organisation du IV^e Congrès. Cette proposition est accueillie par d'unanimes applaudissements.

M. Schwimmer et M. White font voter par l'assemblée des remerciements à M. Hutchinson et à M. Pringle, et le président déclare clos le III^e Congrès INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Dans l'après-midi, M. Hutchinson recevait dans sa maison de campagne, à *Haslemere*, un grand nombre de congressistes; réception toute familiale et charmante, malheureusement un peu contrariée par la pluie.

Tel est, bien succinct, le procès-verbal de cette semaine bien remplie, qui laissera dans la mémoire de ceux qui ont eu la bonne fortune d'assister

au Congrès de Londres, les plus aimables et les plus cordiaux souvenirs. On peut dire qu'à chaque nouveau Congrès les liens formés se resserrent davantage, et qu'ainsi ces réunions périodiques en dehors de leur importance scientifique, restent fidèles à l'esprit qui présida à leur fondation, de contribuer à réunir, à se faire estimer et aimer les uns les autres, tous les membres de la « famille dermatologique ».

Notre compte rendu serait incomplet si nous ne disions quelques mots de l'exposition annexée au Congrès, et disposée comme nous l'avons dit, en commençant, dans les laboratoires de chimie du deuxième étage.

Cette exposition, de caractère purement scientifique, comprenait des pièces naturelles (dissections anatomiques conservées dans l'alcool, préparations histologiques, cultures), et des reproductions (dessins, aquarelles, photographies, moulages) provenant, soit de musées hospitaliers, soit de collections particulières, ou bien préparées spécialement en vue du Congrès; elle avaient trait par conséquent à l'étude ou à l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie, quelques-unes mêmes aux questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

C'est ainsi que parmi les cultures exposées nous signalerons la très belle collection de cultures trichophytiques apportée de Paris par M. SABOURAUD, et près d'elles, permettant les confrontations et les comparaisons, les cultures de même nature, exposées par MM. DUCREY et REALE, MIBELLI (Italie), MM. ADAMSON, COLCOTT FOX et BLAXALL (Londres); à noter encore des cultures du bacille de la séborrhée par M. VAN HOORN (d'Amsterdam); des cultures du bacille de la lèpre par le professeur CAMPANA, de Rome.

Du *Collège of Surgeons*, des grands hopitaux de Londres, sont venues, prêtées par leurs musées respectifs, de nombreuses pièces anatomiques : crânes syphilitiques (*Westminster hospital*), viscères immergés dans l'alcool (*Saint-Bartholomew's hospital*, *Saint-Thomas* et *London hospital*); sections d'un pied de Madura, moulages de lèpre (*Middlesex hospital*); et de nombreux dessins ou aquarelles.

Très nombreuses et parfois très artistiques, en dehors de leur valeur documentaire, sont les aquarelles venant des collections particulières : citons parmi les plus belles celles de MM. JONATHAN HUTCHINSON, COLCOTT FOX qui possède des originaux des planches de l'atlas de Tilbury Fox, de M. Radcliffe CROCKER, de M. Stephen MACKENZIE, de M. CORLETT (de Cleveland) cas de « winter eruption », et les très jolies reproductions de tuberculose cutanée et d'adénomes de la face appartenant à M. J. J. PRINGLE. A côté des aquarelles et joignant à la fois le mérite de l'exactitude et de la couleur, prennent place de très belles photographies colorées exposées par M. STAFFORD TAYLOR et signées Peter Naian, et la belle collection vénéréologique et syphiligraphique de M. le professeur FOURNIER, due toute entière à l'habileté de photographe et de peintre, de M. Méheux. — Enfin, de-ci de-là, de nombreuses photographies en noir, la plupart accompagnées d'observations cliniques résumées de MM. Patrick MANSON, GIBSON (de Harrogate), DANIELS, ABRAHAM (cas de lèpre), Max JOSEPH (positifs sur verre), etc., etc.

Une mention toute particulière doit être réservée à la collection photographique du professeur NEISSER, de Breslau : il s'agit là de documents

préparés et recueillis pour l'enseignement, destinés à rendre les plus grands services; les photographies stéréoscopiques entre autres donnent pour quelques cas l'illusion du malade vivant; nos lecteurs savent d'ailleurs quel cas nous faisons de l'atlas stéréoscopique publié par l'éminent professeur; les photographies stéréoscopiques de M. ROSENTHAL (de Berlin), également très réussies, procèdent de la même idée; c'est dans cette voie qu'à défaut des moulages, toujours dispendieux souvent impossibles à exécuter, il faut persévérer et se perfectionner. S'il était possible de donner à ces stéréoscopies la couleur, on serait bien près d'atteindre la perfection; nous ne saurions trop engager à continuer ces essais.

La couleur, c'est toujours là ce que l'on cherche naturellement et il n'est que juste de signaler les essais de projections coloriées (véritables verres de lanterne magique) que M. le professeur LASSAR a montrés dans une des séances de l'après-midi au grand amphithéâtre; il y a là, si le procédé se complète et se perfectionne, un mode d'enseignement précieux.

L'enseignement par les yeux, la leçon de choses, n'est-ce pas là d'ailleurs ce qu'il convient avant tout de réaliser en matière de dermato-syphiligraphie, et dans cet ordre les moulages tiennent toujours naturellement le premier rang.

Nous regrettons que le Dr Henning (de Vienne), dont nous avons pu admirer en 1892 les premiers essais, n'ait pas envoyé de nouveaux moulages qu'il a dû certainement beaucoup perfectionner et qui promettaient un émule de Baretta. Les pièces de Baretta gardent leur supériorité, et l'exposition du *Musée de l'hôpital Saint-Louis* que nous avons pu, grâce à la libéralité du Conseil municipal de la ville de Paris, faire digne de notre grand établissement, a reçu pendant toute la semaine de nombreuses et admiratrices visites. Tout près d'elle se montraient dans une vitrine trois grands moulages apportés par le professeur TARNOWSKY, de Saint-Petersbourg, exécutés par une jeune doctoresse dont nous regrettons de ne pouvoir citer le nom, et dont la perfection fait espérer que d'ici peu de temps Saint-Petersbourg n'aura plus rien à envier à Paris sur ce point (1).

Citons en terminant la belle collection de livres dermatologiques et d'atlas exclusivement composée d'ouvrages anglais ou de traductions anglaises, d'ouvrages étrangers (depuis les anciens auteurs, mais surtout depuis Willan et Plumbe, jusqu'aux plus récents, au bel atlas en deux volumes in-folio publié cette année même par M. RADCLIFFE CROCKER) et montrant le rôle important qu'ont tenu dans cette branche de la médecine les contemporains et les émules de Willan, de Bateman, de Plumbe, de Wilson, de Fox, etc.

HENRI FEULARD.

(1) Une exposition « marchande » à laquelle avaient pris part de nombreux libraires, fabricants d'appareils ou de produits pharmaceutiques, est restée ouverte pendant toute la semaine, dans une des salles du rez-de-chaussée de l'hôtel Cécil. Ainsi avaient été très judicieusement séparées l'exposition purement scientifique et l'exposition commerciale.

III^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, LONDRES, 4-8 AOUT 1896*Compte rendu résumé des séances.*

QUESTIONS GÉNÉRALES

La question du prurigo.

M. E. BESNIER (*rapporteur*). — Voir le rapport *in extenso* de M. E. Besnier, page 981.

JAMES C. WHITE (Boston), *co-rapporteur*. — Le prurigo, comme entité morbide a été décrit par Hebra père. Cette maladie paraît très fréquente à Vienne puisque les statistiques indiquaient 700 cas de prurigo sur 24,000 dermatoses alors qu'en Amérique on n'en trouvait pas un sur 10,000 dermatoses. Les dermatologistes américains n'ignorent cependant pas la maladie car presque tous ont étudié à Vienne où ils ont appris à la connaître.

Depuis quelques années, cependant, on en a cité quelques cas. En 1889, Zeisler en rapporte 6 cas observés en cinq ans, mais un seul de ses malades était américain, les autres étaient pour la plupart allemands. Il n'en est pas moins constant que le prurigo vrai est très rare en Amérique et ne s'observe guère que dans les grandes villes où il y a beaucoup d'allemands.

Il ne faut pas confondre le prurigo avec l'urticaire infantile qui finit toujours par guérir. Le prurigo hivernal est, à l'inverse du prurigo vrai, une maladie nationale des américains. Il est encore une autre forme de prurit qui débute dans l'enfance et dure toute la vie ; elle n'atteint le jour que les parties accessibles et se généralise pendant la nuit ; elle est très différente du prurigo de Hebra.

Il est probable que la misère, l'encombrement, la saleté jouent un rôle important dans le développement du prurigo et l'immunité des américains est peut-être due à une meilleure alimentation et à des soins de propreté plus fréquents.

Au demeurant, la nature même du prurigo est parfaitement inconnue de même que ses lésions anatomiques.

J. F. PAYNE (de Londres), *co-rapporteur*. — Le prurit et le prurigo sont deux choses très distinctes ; le premier est un symptôme, le second est une maladie. Le prurit n'est ni une hypéresthésie, ni une hyperalgésie. C'est une sensation qui provoque le grattage, non plus par simple réflexe mais en mettant en jeu les centres cérébraux. Il est du reste très difficile de produire artificiellement la démangeaison, on n'y parvient guère que sur les lèvres ou dans les narines au moyen d'un frôlement très rapide comme avec un crin porté par une branche de diapazon. Le grattage a été probablement au début un acte réfléchi ayant pour but d'enlever les parasites de la peau qui sont la cause la plus ancienne du prurit. Un trouble profond des centres cérébraux peut empêcher la production du symptôme prurit comme chez l'aliéné galeux dont parle Hebra et qui ne

se grattait pas. Le prurit est donc dans une large mesure un phénomène cérébral.

Dans le prurigo nous trouvons, outre le prurit, une éruption papulo-urticarienne. Ces papules qui ne précèdent pas toujours le prurit se retrouvent aussi dans le prurigo hivernal et dans le lichen urticatus des enfants lequel ne dégénère pas en prurigo et qu'il faut considérer comme tout à fait distinct de l'urticaire.

Le prurigo vrai est fort rare à Londres bien que peut-être moins rare qu'en Amérique, du reste, c'est surtout chez les allemands qu'on l'observe; il n'est pas inguérissable et l'on voit souvent des cas légers guérir spontanément.

Le prurigo débute soit par la papule, soit par le prurit mais le prurit suppose toujours une hyperexcitabilité cérébrale qui est elle-même exagérée par le grattage, d'où un cercle vicieux qui entretient la maladie. Les formes les plus graves sont celles où le cerveau est dès la première enfance maintenu dans un état d'hyperexcitabilité permanente.

On peut observer le prurigo dans toutes les classes de la société et non pas seulement chez les misérables. Le traitement consiste à éviter les causes d'irritation périphériques telles par exemple que l'abus du savon; à instituer un régime alimentaire sévère notamment par la suppression des aliments amylacés; enfin on pourra avantageusement employer des anesthésiques cérébraux comme le chloral ou l'antipyrine. Le succès de ces derniers médicaments vient encore confirmer l'hypothèse de l'origine nerveuse centrale du prurigo.

En somme, le prurigo a pour cause l'instabilité du système nerveux sensitif comme la chorée est due à l'instabilité du système nerveux moteur.

Discussion :

M. NEISSER (Breslau). — *Sera publié in extenso.*

M. TOUTON (Wiesbaden). — Le prurigo de Hebra est une maladie parfaitement déterminée surtout au point de vue clinique. Quant à la question de savoir si c'est le prurit ou l'éruption qui est le phénomène primitif, le jeune âge des malades la rend très difficile à trancher.

On trouve chez les adultes des dermatoses prurigineuses qui peuvent ou non offrir les mêmes localisations que le prurigo (dermatites polymorphes prurigineuses à type de prurigo de Hebra, dermatites polymorphes prurigineuses à poussées successives, prurigos diathésiques de Besnier). D'autres fois la maladie est limitée à une région déterminée (lichen simple chronique de Vidal).

Dans ces derniers cas il est certain que le prurit est souvent le premier phénomène, au moins en apparence, car il est bien possible qu'il ait été précédé de quelques altérations microscopiques que le grattage a aggravées et rendues évidentes.

Je ne puis partager l'opinion de M. Neisser et je ne crois pas qu'un prurit circonscrit puisse persister longtemps sans entraîner des altérations cutanées consécutives. Ces altérations secondaires sont variables suivant les cas, on trouve de l'urticaire, de l'eczématisation de la lichénification ou de l'infection pyogénique.

Toutes ces formes constituent une série ininterrompue et si l'on voulait les décrire à part il faudrait bientôt un nom pour chaque cas. On peut appeler ces cas prurit, prurigo ou névrodermite, cela n'a pas d'importance du moment qu'on est obligé de distinguer les différents groupes par des qualificatifs. En tout cas ils présentent au point de vue nosologique une grande parenté entre eux et avec le prurigo de Hebra. On y peut joindre aussi le prurigo simplex de Brocq.

M. PETRINI DE GALATZ (Bucharest). — Le prurigo est une maladie des gens nerveux. 90 p. 100 des cas s'observent chez des juifs. Il débute généralement par le prurit mais ce prurit est dû à une lésion nerveuse. Lorsqu'il débute dans l'enfance il est dû à une malformation congénitale de la peau et de ses nerfs.

M. Mc CALL ANDERSON (Glasgow). — Le strophulus infantum est une véritable urticaire qui n'a rien à faire avec le prurigo; celui-ci est une entité morbide bien définie probablement d'origine nerveuse, favorisée par une hygiène défectueuse et peut-être par une prédisposition héréditaire. La ténacité du prurigo en Allemagne tient peut-être à ce qu'on ne lui oppose qu'un traitement purement local. M. Besnier réunit sous le nom de prurigos une foule de maladies disparates qui n'ont de commun que le prurit et les papules, ce sont des « affections pruriginoïdes » dont la nature vraie est souvent caractérisée par la localisation des lésions de grattage.

M. FEULARD. — L'étude des éruptions prurigineuses chez les enfants, alors que les formes morbides revêtent généralement chez eux un type plus pur, facilite la compréhension du groupe d'éruptions auxquelles, suivant l'opinion de mon excellent maître M. Besnier, doit être réservé le nom de prurigo.

Sur 1,210 enfants atteints de diverses maladies cutanées, j'en ai trouvé 74 auxquels le diagnostic de prurigo peut être appliqué : 20 étaient des cas de prurigo de Hebra classique, durant depuis au moins trois années, sur lesquels aucune discussion n'existe actuellement; 3 cas étaient des prurigos localisés (synonymie : lichen chronique circonscrit, névrodermite circonscrite); 34 malades avaient des éruptions dont la durée était inférieure à un an pour la presque totalité, quelques-unes datant de quelques semaines seulement; chez eux, que l'éruption fût ancienne ou récente, elle avait conservé un type papuleux pur sans réactions secondaires de la peau (ni eczématisation, ni lichénisation); ce sont des cas qu'on aurait pu ranger, suivant les anciennes classifications, aussi bien dans le lichen (lichen simplex acutus, lichen urticatus) que dans le prurigo (prurigo simplex, prurigo mitis, prurigo temporaire) ou dans le strophulus (urticaire infantile, urticaire papuleuse); le nom commun de prurigo leur convient parfaitement.

Enfin, dans une quatrième catégorie, 17 malades qui présentaient des éruptions relativement récentes, de type polymorphe, dans lesquelles se rencontraient les éléments papuleux des diverses formes (papules de lichen et de prurigo, des anciens auteurs, grosses séro-papules de strophulus) des éléments ortiés abondants, parfois même des placards eczémateux. Ces cas sont pour la plupart, d'après nous, des prurigos de Hebra à leur début alors que les lésions profondes de la peau n'ont pas eu le temps de se produire.

Il est impossible de donner à ces différentes catégories des noms différents, car dans chacune d'elles se rencontrent plus ou moins mélangés les mêmes éléments éruptifs; le nom commun de prurigo, auquel on peut ajouter toutes les épithètes que l'on voudra, leur convient parfaitement. Ce qui domine, en effet, dans ces affections, c'est le prurit, la démangeaison le plus souvent violente dont sont atteints tous ces malades; la modalité éruptive diffère suivant le mode de réaction de la peau.

Ce qu'il est aussi important, suivant nous, de faire remarquer, c'est que tous ces cas ou du moins le très grand nombre d'entre eux reconnaissent une cause commune, l'intoxication le plus souvent alimentaire. Le fait a été déjà signalé (Comby, pour l'urticaire, Tommasoli, etc.); il est évident, si on interroge sur ce point particulier les parents des petits malades.

Ces enfants sont atteints de constipation habituelle ou, moins souvent, de diarrhée; sont nourris de façon anormale. Les nourrissons, ou prennent trop de lait, ou le prennent sans règle; un peu plus âgés, les enfants sont nourris comme les parents, boivent du vin, du café, etc.; chez les enfants plus âgés encore, ce qu'on trouve habituellement, c'est une alimentation trop exclusivement carnée.

On trouve souvent chez ces petits malades le ventre volumineux, l'estomac dilaté, le foie augmenté; l'urine présente habituellement de l'acide urique en excès.

L'intoxication digestive retentit sur le système nerveux, qui chez presque tous ces malades est déjà prédisposé héréditairement; ils appartiennent déjà à la grande famille des neuro-arthritiques, des herpétiques, comme on disait jadis (Lancereaux, Gigot Suard) et l'on sait combien chez les diathésiques de ce genre les troubles nerveux et digestifs retentissent les uns sur les autres.

Il convient donc de traiter chez ces malades non seulement la peau (dans ces cas les pansements occlusifs qui empêchent les grattages sont, comme vous l'a dit M. Besnier, les meilleurs), mais l'état général en modifiant leur nutrition viciée, et en calmant leur système nerveux.

Les laxatifs répétés, les antiseptiques intestinaux jouent un grand rôle dans cette thérapeutique ainsi que les anti-nervins, surtout la valériane.

Mais ce qu'il faut surtout changer et surveiller, c'est le régime alimentaire: chez les petits enfants il suffit le plus souvent de régler l'allaitement, chez les plus âgés d'empêcher qu'on donne le vin, le café, la bière, les sucreries; et surtout qu'on donne trop de viande; la suppression complète de la viande, au moins provisoirement, donne dans quelques cas des résultats surprenants.

Ce régime sévère doit être continué pendant des mois, pendant des années; j'ai vu ainsi sur des malades de la ville que j'ai pu suivre longtemps, des prurigos, datant de plusieurs années déjà, guérir peu à peu et ne plus revenir.

C'est en poursuivant avec persévérance dans cette voie qu'on pourra enrayer dès l'enfance beaucoup de prurigos de Hebra, avant que les transformations cutanées et les altérations nerveuses soient devenues telles que la maladie reste, sinon incurable, du moins très difficile à guérir.

M. JADASSOHN (Breslau). — Les enfants atteints de prurigo de Hebra

guérissent souvent à l'hôpital sans aucun traitement, mais la maladie récidive aussitôt après leur sortie, ce qui prouve que des circonstances extérieures telles que l'alimentation ont un rôle étiologique important.

Les recherches de mon assistant, le Dr Pinner, ont montré que dans beaucoup de cas de prurigo les cellules éosinophiles sont très abondantes tant dans le sang que dans la peau, mais leur abondance n'est nullement proportionnelle à la gravité de la maladie. Leur présence dans le prurigo n'est donc nullement caractéristique non plus que dans d'autres maladies comme la dermatite herpétiforme, par exemple.

J'ai observé il y a quelques mois un cas typique de lichen simple circonscrit de Vidal sans prurit ni lésions de grattage. Le lichen simple circonscrit, de même que le lichen plan peut donc exister sans prurit, et la névrodermie si importante qu'elle soit, n'est pas la seule cause efficiente de cette maladie qui est nettement caractérisée par sa papule typique.

M. JANOWSKY (Prague). — Le type prurigo de Hebra doit être conservé comme entité morbide. J'en ai observé 600 cas qui dataient tous de la première enfance et avaient le plus souvent été précédés de prodromes. Sept malades seulement ont guéri. Le prurit n'est pas le premier phénomène, car il est contemporain des premiers nodules. Quant à la toxidermie admise par M. Besnier, mes recherches ne m'ont rien montré dans ce sens. Les urines ont été régulièrement analysées dans deux cas : il n'y avait rien d'anormal au point de vue de l'urée, des acides sulfoconjugués de l'indol ou du scatol ; on n'y trouvait pas non plus de substances toxiques ni de cellules éosinophiles.

M. COLCOTT FOX (Londres). — Le lichen urticatus se distingue du prurigo de Hebra par des caractères différentiels très nets ; le premier est extrêmement commun et le second très rare. Je n'ai jamais vu le strophulus se transformer en prurigo de Hebra, bien que M. Kaposi affirme que la transition se fait à l'âge de 2 ans. En revanche, l'on peut voir des cas de prurigo de Hebra débiter après 3 ans sans avoir été précédés de strophulus.

M. P. G. UNNA (Hambourg). — Une lésion caractéristique du prurigo de Hebra est la nécrose de l'épithélium du follicule qui traverse la papule. On peut admettre, avec M. Besnier, que le prurit précède la lichénisation, mais il peut exister avant le prurit des lésions microscopiques qui ne sont pas dues au grattage. Le grattage produit la papule ; si l'on empêche le grattage, il n'y a pas de lichénisation et le petit foyer de nécrose invisible à l'œil nu constitue toute la lésion.

M. SAVILL (Londres) se rattache aux idées de M. Besnier en ce qu'il croit que le prurigo de Hebra est essentiellement dû à une altération du sang. La maladie est très rapidement améliorée par l'emploi du chlorure de calcium à l'intérieur.

M. E. EHLERS (Copenhague). — On a de la peine à comprendre que le prurigo de Hebra soit si rare chez les Américains qui sont si fréquemment névropathes. La maladie doit y exister et y être connue sous un autre nom. La misère joue certainement un rôle, mais il ne faut pas l'exagérer. Sur 202 cas de prurigo, j'ai trouvé 170 pauvres ; mais à Copenhague comme ailleurs les pauvres sont plus nombreux que les riches.

M. Rossi (de Gênes) écrit une lettre qui est lue par le secrétaire, où il assure avoir trouvé des microbes dans le prurigo.

M. L. Brocq a envoyé au secrétaire, sur le sujet en question, une communication que l'on trouvera *in extenso*, page 1002.

Relations entre la tuberculose et les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire.

Dr NEVINS HYDE (Chicago), *rapporteur*. — L'auteur accepte le fait de l'infection primitive et secondaire de la peau par les bacilles de la tuberculose. L'auto-infection de la peau peut également se produire. Les tuberculoses viscérales peuvent parfois être la cause d'une dermatose dont les lésions ne contiennent pas de bacilles de la tuberculose.

La diversité entre les différentes formes cliniques de la tuberculose cutanée peut s'expliquer par l'abondance ou la rareté des micro-organismes qui se rencontrent dans les lésions; par les différences dans les tissus dans lesquels sont implantés les germes, et par les accidents qui peuvent se produire dans la partie infectée.

Le rapporteur classe les symptômes cutanés de la tuberculose, — non compris le lupus vulgaire, — en trois catégories : 1) lésions dues à l'infection tuberculeuse primitive et secondaire; 2) lésions où la présence des bacilles de la tuberculose n'a pas été démontrée, mais où il est possible qu'elles pourraient être démontrées à l'avenir; 3) dermatoses résultant indirectement d'une tuberculose d'autres organes que la peau.

Le rapporteur place dans la première catégorie :

- 1) Tubercule anatomique;
- 2) Tuberculose verruqueuse de la peau (Riehl et Paltauf);
- 3) Tuberculose papillomateuse (type Morrow);
- 4) Fibromatose cutanée (Riehl);
- 5) Éléphantiasis tuberculeux;
- 6) Tuberculose ulcérate (ulcère tuberculeux, Chiari);
- 7) Tuberculose gommeuse ulcérate (scrofuloderme cutané);
- 8) Lymphangite tuberculeuse (Besnier);
- 9) Tuberculose ulcérate serpigneuse;
- 10) Tuberculose fongueuse;
- 11) Tuberculose nodulaire atrophique (forme lupoïde).

Dans la deuxième catégorie le rapporteur place : 1) Le lupus érythémateux avec les conclusions suivantes : a) Le lupus érythémateux ne provient pas et n'est pas la source d'infection tuberculeuse; b) le lupus érythémateux survient chez des sujets non tuberculeux, sans que la cause en ait été encore bien déterminée; c) le lupus érythémateux survient chez les sujets atteints de tuberculose et il est probable qu'il y a une certaine relation entre les deux;

- 2) Érythème induré des scrofuloux (Bazin);
- 3) Lichen scrofulosorum;
- 4) Tuberculose suppurative bulleuse aiguë (Hallopeau);
- 5) Un groupe de troubles acnéiformes, sycosiformes, et folliculaires dont il est possible que la tuberculose soit la cause;
- 6) Kéloïde;

7) Chancre mou, compliqué de tuberculose.

Le dernier groupe comprend :

- 1) Certaines lésions eczématoides (névro-dermites) ;
- 2) Érythème pernio ;
- 3) Des formes exceptionnelles d'érythème multiforme ;
- 4) Quelques formes de mélanodermie ;
- 5) Le purpura des cachectiques ;
- 6) Quelques-unes des six dermatoses médicamenteuses.

M. HALLOPEAU, *co-rapporteur*. — Voir le rapport *in extenso* de M. Hallopeau, page 1007.

M. R. CROCKER (Londres), *co-rapporteur*. — Le rapporteur démontre que, bien qu'il existe un certain nombre de maladies provenant directement de la présence du bacille tuberculeux, il y en a plusieurs, qui, ne relevant qu'indirectement de cet organisme, trouvent un terrain favorable chez les personnes qui sont prédisposées à la tuberculose. Ceci arrive surtout chez les personnes qui présentent facilement des suppurations osseuses, qui souffrent d'adénites chroniques, etc., en un mot, de toutes ces maladies comprises sous le nom clinique de « scrofule ».

Discussion :

M. JADASSOHN (Breslau), remarque qu'il n'a jamais dit que le pityriasis rubra de Hebra est une affection réellement tuberculeuse ; il a seulement constaté la fréquence de la combinaison de ces deux maladies ; il ne croit pas que M. Tommasoli nous ait expliqué leurs relations. Pour le lupus érythémateux même, la constatation statistique de la fréquence de la tuberculose nous manque ; ainsi à Breslau, dans la clinique de M. Neisser, quelques cas d'adénite tuberculeuse ont été observés dans des lupus érythémateux. Mais néanmoins, nous ne croyons pas au rôle étiologique de la tuberculose dans cette maladie. Il est curieux cependant que le lupus érythémateux aigu de M. Kaposi semble être combiné plus souvent avec la tuberculose (voir les observations de Kaposi), mais Jadassohn lui-même a observé un de ces cas sans tuberculose.

M. AUDRY (Toulouse) dit que l'on peut distinguer les cas où les lésions cutanées sont tuberculeuses elles-mêmes, où, sans présenter des stigmates habituels de la tuberculose, elles semblent liées à une altération, à une infection viscérale, où la cachexie tuberculeuse détermine des modifications générales non tuberculeuses du tégument. Audry pense qu'on doit y ajouter un ordre de faits où l'on voit de grandes dermatoses complètement indépendantes de la tuberculose conduire le malade à la tuberculisation.

Il donne à ce propos l'observation d'une femme atteinte depuis trente-sept ans d'une dermatite eczématiforme (probablement eczéma séborrhéique) qui est parvenue à avoir de l'éléphantiasis d'une jambe. L'examen histologique, l'amélioration obtenue par le seul enveloppement excluent la possibilité d'une tuberculose éléphantiasique. Cette femme a commencé à se tuberculiser il y a deux ans ; actuellement elle présente des abcès froids et une phthisie à évolution lente.

On peut donc croire que toute dermatite très ancienne et grave favorise l'apparition de la tuberculose par le mécanisme le plus vulgaire et le plus

connu : l'affaiblissement général de l'individu, son immobilisation, et peut-être aussi, la multiplication des portes d'entrée.

Lichen scrofulosorum.

M. CELSO PELLIZZARI (Florence). — Il y a un point très important dans la question des manifestations cutanées qu'on veut aujourd'hui attribuer aux produits toxiques de la tuberculose, et qui pour moi mérite d'être éclairci.

On sait que le lichen scrofulosorum dure souvent plusieurs années, venant et disparaissant complètement en certaines saisons de l'année. Et comme ce fait se produit chez des malades qui ont des localisations tuberculeuses dans les glandes lymphatiques, dans les os, etc., on pense en général, et tel est mon avis, que de ces localisations partent les toxines qui donnent des poussées de lichen.

Mais il arrive souvent qu'après un certain temps, le lichen ne s'en va plus et persiste, changeant de forme et prenant les apparences de péri-folliculites suppurées. Je me demande si dans ce cas on ne doit pas admettre que les toxines ont préparé la peau à recevoir secondairement les bacilles de la tuberculose ; et je crois que la chose arrive ainsi. Je puis m'expliquer de cette façon pourquoi il y a des observateurs qui ont trouvé des bacilles de Koch dans les papules de lichen scrofulosorum et d'autres qui n'en ont pas trouvé du tout.

Dans un cas que j'ai eu occasion d'observer pendant longtemps, des papules extirpées et inoculées au cochon d'Inde, au début de la maladie, ne m'ont pas donné de résultats positifs : mais plus tard, quand la forme clinique du lichen s'est transformée en petites pustules miliaires, l'inoculation de la tuberculine a donné une réaction légère tant locale que générale et une de ces petites pustules excisée a produit la tuberculose expérimentale chez le cochon d'Inde.

Je crois en me résumant que nos recherches doivent tendre à vérifier, si les produits toxiques peuvent prédisposer les localités atteintes par les manifestations toxiques à la localisation secondaire du bacille de Koch.

M. JADASSOHN. — La nature réellement tuberculeuse du lichen scrofulosorum est contestée surtout par quelques auteurs de l'École viennoise (Riehl, Lukaszewicz, Kaposi) ; elle est douteuse et M. Hallopeau lui-même croit qu'il est une maladie tuberculo-toxique et non pas bacillaire. L'expérience d'inoculation de Haushalter, laquelle a été publiée il y a quelques semaines en quelques mots, ne semble pas être probante, parce que le nodule implanté était localisé à la face. Jadassohn a trouvé dans 19 cas de lichen scrofulosorum typique, 14 cas associés sûrement à la tuberculose et seulement un cas qui n'était affecté d'aucune affection tuberculeuse.

Le lichen scrofulosorum est une maladie des tuberculeux, pas une maladie cachectique. Jamais Jadassohn n'a trouvé de bacilles. 9 expériences d'inoculation dans les meilleures conditions (grandes pièces, péritoine des cobayes) furent négatives ; mais il faut continuer ces expériences parce qu'il est possible que le petit nombre ou la faible virulence des bacilles est la cause des résultats négatifs. L'examen histologique de très

nombreuses pièces a prouvé qu'il n'y a aucune différence importante entre la vraie tuberculose et le lichen. Ni les cellules épithélioïdes ne manquent (ce que M. Riehl avait affirmé), ni le « réticule » (Lukasiewicz), ni la nécrobiose des cellules, bien qu'il ne résulte pas une coagulation massive, laquelle est rare aussi dans le lupus vrai. Les nodules peuvent être pourvus de vaisseaux (comme les nodules du lupus), mais les vaisseaux sont plus souvent absents. L'histologie ne peut pas prouver la nature tuberculeuse d'une affection douteuse, mais elle la rend très probable. Plus importante est la réaction des nodules à la tuberculine. Dans 16 cas traités avec la tuberculine 14 ont réagi typiquement, la réaction était locale. 2 cas seulement n'ont pas réagi, mais il n'était pas possible d'augmenter les doses dans ces cas; quelquefois la réaction ne pouvait être constatée qu'après des doses élevées. Jadassohn croit pouvoir prouver que quelquefois après l'injection il se montre des nodules nouveaux; ceux-ci ne sont pas produits par la tuberculine, mais ce sont des nodules latents rendus visibles par la réaction; car ils sont constitués par des tubercules avec des cellules géantes dès le lendemain de l'injection et il n'est guère possible que de semblables lésions se produisent en vingt-quatre heures. D'autres faits aussi prouvent qu'il y a des lésions tuberculeuses latentes dans la peau des tuberculeux. Ni la guérison spontanée du lichen, ni sa distribution géographique ne peuvent être citées comme des arguments contre la nature réellement tuberculeuse de cette affection. Celle-ci, si elle n'est pas démontrée absolument, est au moins très vraisemblable.

Cliniquement Jadassohn mentionne quelques formes atypiques de cette maladie surtout une forme squameuse sans nodules et une forme érythémateuse pure, quelquefois circonscrite.

M. JACOBI (Freiburg) a trouvé des bacilles et des tubercules histologiques dans un cas typique de lichen scrofulosorum. Un lapin inoculé dans le péritoine eut une tuberculose mésentérique surabondante.

M. KAPOSI. — Il n'y a qu'une chose bien positive dans l'histoire du lichen scrofulosorum. C'est la description clinique donnée par Hebra et la coïncidence avec les accidents scrofuleux. On trouve maintenant de la tuberculose partout et rien ne prouve que le lichen scrofulosorum soit une lésion tuberculeuse.

Traitement du lupus par la tuberculine.

Professeur CAMPANA (Rome). — La tuberculine amène la résolution des infiltrations inflammatoires du lupus mais n'empêche pas les rechutes. D'après les observations de MM. Caruccio et Brocchieri, la tuberculine agit comme un irritant chimique en produisant une inflammation aiguë qui remplace l'inflammation chronique de la tuberculose. La dermite aiguë de la tuberculine ressemble à celle de la chrysarobine et le mécanisme de son action est le même.

La tuberculine n'influence pas le bacille tuberculeux et ne peut pas se comparer aux produits des fermentations. Les ferments sont tués par les produits auxquels ils donnent naissance, tandis que le bacille de la tuberculose se reproduit abondamment et pullule dans des tissus chargés de toxines tuberculeuses.

Nature et connexions du groupe érythème multiforme.

M. VEIEL (Cannstatt), *rapporteur*. — L'érythème exsudatif multiforme (Hebra) est une maladie infectieuse bénigne non contagieuse, peut-être miasmatique. Elle est souvent épidémique, mais n'amène jamais de complications graves comme le fait l'érythème noueux.

Les irritations extérieures ne jouent aucun rôle dans sa production et dans le cas de Kaposi, où l'éruption est survenue à la suite d'une friction d'onguent gris, il ne s'agissait pas d'érythème multiforme vrai. Il en est de même des érythèmes observés par Lewin à la suite d'irritations uréthrales.

L'érythème noueux doit être nettement séparé de l'érythème multiforme. C'est une maladie infectieuse différente, qui s'accompagne souvent de complications graves et s'observe surtout chez des héréditaires cachectiques ou tuberculeux.

L'érythème exsudatif multiforme de Hebra n'a aucun rapport avec le rhumatisme articulaire aigu, tandis que l'érythème noueux a certainement des affinités avec le rhumatisme sans lui être identique.

Il faut nettement séparer de l'érythème exsudatif multiforme les érythèmes qui surviennent au cours de diverses maladies infectieuses telles que le choléra, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, les angines, l'infection purulente. Elles sont toutes de nature embolique et dues à l'action des microbes ou de leurs toxines. Les embolies non infectieuses ne font pas d'érythèmes, mais seulement des macules blanches entourées d'une mince bordure hémorragique violette.

M. STEPHEN MACKENZIE (*co-rapporteur*). — L'auteur fait observer que, quoique dans les dernières années certains travaux importants ont été entrepris pour arriver à une connaissance clinique exacte de ce groupe et de sa base anatomique, ils n'ont jeté que peu de lumière sur la pathologie des maladies rangées sous le nom d'érythèmes multiformes.

L'étiologie doit former la base de la pathologie; les variétés cliniques et les variations histo-pathologiques qui les accompagnent sont d'une importance mineure en comparaison de la connaissance des causes qui les produisent.

Comme contribution à l'étiologie du groupe érythème multiforme, il donne l'analyse de 167 cas, principalement traités au London Hospital. On les a recueillis au hasard.

Il est important d'observer en premier lieu la grande prédominance de la maladie dans les sujets du sexe féminin; les chiffres montrent une proportion de quatre femmes pour un homme, et dans les cas d'érythème noueux, de cinq pour un. En second lieu, à l'égard de l'âge, le chiffre le plus élevé se trouve dans les trois premières décades et plus spécialement dans la seconde et dans la troisième.

La seule condition associée ou cause spéciale numériquement importante c'est le *rhumatisme*. Il est clairement démontré que dans les cas d'E. nodosum le rhumatisme articulaire plus ou moins marqué existait dans 26 des 115 cas, ou 22 p. 100.

En additionnant ces 115 cas aux 108 cas d'E. nodosum que l'auteur a

déjà publiés, on obtient un chiffre de 43 sur 233 ou 19 p. 100 de rhumatisme articulaire bien caractérisé. Outre ces cas non équivoques, il y en a d'autres qu'on pourrait classer dans le rhumatisme. Les maladies valvulaires du cœur se présentaient dans 9 cas d'E. nodosum.

Parmi les autres causes possible ou conditions associées sont : La goutte, 2 cas (un douteux) — maladies tuberculeuses 2 — épilepsie 2 — hystérie 1 — mélancolie 1 — maladies utérines 3 — maux de tête 1.

Un cas s'est terminé par la mort (femme âgée 47) : néphrite constatée à l'autopsie.

Passant aux autres variétés d'érythème, il remarque que dans 11 cas il y avait en même temps un rhumatisme articulaire aigu et dans 8 cas un rhumatisme subaigu, ce qui donne un chiffre de 19 sur 54 cas d'érythème multiforme, autre que l'érythème noueux, ou la proportion de 35 p. 100.

Trois des cinq cas d'E. fugax étaient accompagnés de rhumatisme articulaire, justifiant ainsi son classement parmi les autres, variétés, quoique cette forme d'érythème soit congestive et non inflammatoire.

Les lésions valvulaires du cœur ont été signalées dans 4 cas, dont un s'est terminé par la mort. Les autres coïncidences notées sont : la jaunisse 1 ; tendance aux engelures 2 ; syphilis 1.

Deux cas mortels : un cas d'endo-péricardite ; dans le second une dégénérescence graisseuse du foie était le seul changement qu'on a pu constater.

Il est démontré que le rhumatisme articulaire n'est bien caractérisé que dans 26 cas, 9 p. 100 du chiffre total ; mais l'on a le droit de croire que 50 p. 100 serait le chiffre approximatif des cas où l'on trouverait le rhumatisme sous une forme quelconque associé à l'érythème multiforme.

Jusqu'à quel point est-on justifié à considérer un cas individuel d'érythème polymorphe comme de nature rhumatismale quand les symptômes d'arthrite manquent. Le rapporteur pense que l'association des 2 maladies est assez fréquente pour faire admettre leur identité de nature. L'âge et l'influence du sexe s'accordent avec la doctrine rhumatismale.

Il discute la pathologie du rhumatisme. On n'en sait rien de définitif et on pourrait probablement obtenir une connaissance approfondie de sa nature par l'étude des érythèmes. Dans la plupart des cas certaines toxines pénètrent dans la circulation. Cette opinion confirme la supposition que les matériaux morbides du rhumatisme se trouvent dans le sang.

Il est possible que dans ce groupe d'érythèmes il existe d'autres causes qui agissent de la même manière que le poison du rhumatisme.

Discussion.

M. PETRINI (Bucarest) a surtout observé l'érythème polymorphe chez les cuisinières. Il a bien trouvé des staphylocoques par la culture du sang, mais ces expériences ne sont pas démonstratives.

M. CAMPANA (Rome). — On trouve, en effet, quelquefois des microbes, mais exceptionnellement. L'érythème multiforme est une maladie d'origine chimique causée par des poisons végétaux animaux ou minéraux.

M. JANOWSKY (Prague). — Il faut séparer de l'érythème multiforme

d'une part l'érythème noueux, d'autre part les érythèmes graves consécutifs à une infection par les staphylocoques.

M. D. BULKLEY (New-York). — L'érythème multiforme n'est pas facile à bien délimiter, il est souvent très difficile à distinguer de la dermatite herpétiforme, si ce n'est par sa marche beaucoup plus régulière.

L'érythème multiforme est avant tout une maladie aiguë qui, d'après mon expérience personnelle, est liée plutôt à des troubles digestifs qu'au rhumatisme. Dans les ports américains, nous l'observons surtout chez les émigrants récemment débarqués et qui viennent de traverser une longue période d'alimentation défectueuse et de constipation.

M. J. WHITE (Boston) confirme les observations de M. Bulkley sur le rôle des troubles digestifs.

M. W. DUBREUILH (Bordeaux). — L'érythème multiforme est le type moyen d'une longue série qui, partant des érythèmes simplement maculeux aboutit par des transitions insensibles jusqu'à l'érythème noueux. Cette éruption est le résultat d'une intoxication agissant peut-être par l'intermédiaire du système nerveux et qui est due habituellement à des toxines infectieuses, quelquefois à des toxines d'origine digestive, exceptionnellement à des poisons venus de l'extérieur. L'érythème multiforme typique est celui où l'éruption constitue presque toute la maladie, mais même alors on peut presque toujours trouver quelques douleurs articulaires. Il peut cependant survenir à titre accessoire dans une foule de maladies infectieuses et notamment dans le rhumatisme articulaire aigu. Il en est de l'érythème polymorphe comme des arthrites multiples aiguës ou subaiguës qui portent le nom de rhumatisme lorsqu'elles constituent toute la maladie, mais qui peuvent être moins accusées et n'être qu'un épisode au cours d'une maladie caractérisée par d'autres symptômes.

M. STEPHEN MACKENZIE (Londres). — Il est probable qu'il y a des différences géographiques dans l'érythème polymorphe. En Angleterre et notamment à Londres il est généralement accompagné de manifestations rhumatismales articulaires ou abarticulaires; à New-York et à Boston les troubles digestifs paraissent jouer le principal rôle, mais je crois qu'à Chicago les relations avec le rhumatisme sont plus intimes; dans d'autres pays enfin, il semble que d'autres facteurs encore peuvent aboutir aux mêmes résultats.

W. DUBREUILH.

Sur la réinfection syphilitique.

M. P. COTTERELL (de Londres), *rapporteur*. — On ne peut mettre en doute la possibilité de la réinfection syphilitique; mais avant d'admettre tel ou tel cas comme un exemple indubitable de réinfection, il faut que le malade remplisse les conditions suivantes : 1^o celui-ci a été atteint antérieurement de syphilis constitutionnelle; pour cela, il ne faut pas s'en rapporter à ce que dit le malade, mais tâcher à tout prix de savoir l'histoire de la maladie par le médecin même qui a soigné la première infection. 2^o La seconde attaque de syphilis doit suivre la marche habituelle de la vérole, c'est-à-dire qu'à l'accident initial doivent succéder des symptômes de syphilis secondaire. Bien qu'il faille rejeter tous les cas qui ne renferment pas l'histoire complète des deux attaques, le présentateur

est persuadé qu'il y a un certain nombre de faits de réinfection syphilitique où la seconde attaque ne présente que quelques accidents secondaires qui passent facilement inaperçus.

M. Cotterell envisage ensuite les conditions qui font perdre l'immunité acquise par la première attaque. Celui-ci croit, d'abord, qu'un traitement mercuriel prolongé guérit la syphilis dans un grand nombre de cas. Il y a en outre des sujets qui possèdent la faculté, grâce à une idiosyncrasie particulière, de contracter deux fois certaines maladies infectieuses. Hutchinson mentionne dans son ouvrage sur la syphilis le fait d'un homme qui contracta deux fois la syphilis et deux fois la variole. De plus, si les cas de réinfection syphilitique sont rares, c'est que, quelque temps après avoir contracté la syphilis, le plus souvent le sujet se marie et ne s'expose plus ainsi à contracter une seconde syphilis. Enfin le rapporteur énumère les accidents syphilitiques qui peuvent en imposer pour un nouveau chancre, tels le chancre redux, les gommés ulcérées de la verge ou du fourreau, l'herpès préputial et le chancre mou, surtout lorsqu'ils ont été irrités par l'application de caustiques.

Les faits quoique rares, où la syphilis apparaît chez des sujets qui ont présenté dans leur enfance des accidents de syphilis héréditaire, plaident encore en faveur de la réinfection syphilitique.

Conclusions : 1) Une première syphilis confère, en général, pour la durée de la vie, mais pas toujours, l'immunité contre une nouvelle infection. 2) Il faut apporter une grande attention avant d'admettre plusieurs des observations publiées comme des exemples de réinfection syphilitique. 3) La guérison de la syphilis par le mercure, si l'on a soin de l'administrer avec prudence, est démontrée par la possibilité de la réinfection syphilitique. 4) En règle générale, la syphilis héréditaire confère l'immunité à un individu, mais il y a des exceptions à cette règle.

M. FITZGIBBON (de Dublin), *co-rapporteur*. — Après avoir fait un court historique de la question, le rapporteur expose le premier cas de réinfection qu'il a observé lui-même en 1886.

G. M..., âgé de 21 ans, jouissant d'une excellente santé, se présente en mars 1880 avec un chancre induré typique du frein de la verge. Le malade avait eu des rapports suspects quatre semaines auparavant. Une semaine après l'apparition du chancre, les glandes inguinales et cervicales se tuméfièrent, huit jours plus tard roséole généralisée. Le malade fut traité par des frictions, des bains et resta sous l'observation du rapporteur pendant toute sa maladie. Il présenta encore quelques manifestations durant la première année. En octobre 1881, c'est-à-dire un an et dix mois après l'apparition du chancre, M. Fitzgibbon lui conseilla de cesser tout traitement.

Le malade continua de bien se porter jusqu'en octobre 1886, époque à laquelle il se présenta de nouveau avec un chancre sous-préputial, nettement induré, ulcéré au centre par suite d'un léger sphacèle; les ganglions inguinaux, qui étaient redevenus normaux pendant les quatre dernières années, commencèrent à se tuméfier de nouveau. Ce fut environ onze semaines avant sa visite que le malade eut des rapports suspects. Le présentateur cautérisa le chancre avec de l'acide nitrique. Deux

jours après survint du phagédénisme qui détruisit une partie considérable du gland ; les ganglions inguinaux s'abcédèrent et l'orifice de l'abcès prit bientôt un caractère phagédénique. Dans la première semaine de novembre une syphilide pustuleuse, discrète, indolente, survint à la face, sur le cuir chevelu, sur le tronc et aux cuisses. Plus tard le malade eut de la périostite, une syphilis pharyngienne très rebelle, des gommès et d'autres accidents graves qui durèrent quatre années. Depuis 1893 il n'a plus rien.

Le rapporteur cite encore quelques cas inédits de réinfection syphilitique. Nous ne signalerons que ceux qui sont exempts de tout reproche, comme celui de M. A. Bernard (de Liverpool) qui avait soigné un sujet pour la syphilis en 1876 et qui le revit en 1890 avec un chancre induré situé à la face interne du prépuce, suivi d'adénopathies inguinales droites ; le premier juillet, éruption papuleuse sur le front, céphalée frontale, plus tard ulcération de la voûte palatine.

Autre cas. — M. Budugoff Budugian a observé un homme âgé de 41 ans, atteint d'un chancre en novembre 1893, puis de roséole. Ce sujet avait eu un chancre induré en 1868 suivi d'une angine et de roséole (*Vratch*, n° 13, 1894 ; *Prov. med. Journ.*, 1^{er} juin 1894).

Le rapporteur termine son mémoire par quelques considérations sur certaines analogies qui existent entre la syphilis et les fièvres éruptives. La syphilis, si elle n'est pas accompagnée de cachexie constitutionnelle préexistante ou d'influences septiques coexistantes, suit un cours déterminé, pendant lequel elle épuise dans l'organisme du malade les éléments dont son virus se nourrit. Comme la variole, la vaccine... la première attaque est suivie d'une période durant laquelle l'individu est protégé contre la réinfection. Les effets d'une infection syphilitique ne sont pas nécessairement persistants pendant toute la durée de la vie ; mais le procédé par lequel le poison s'élimine est plus lent et sujet à des interruptions et à des complications qui ne se rencontrent pas dans les exanthèmes. On peut fournir des preuves nombreuses pour montrer que la plupart des personnes qui contractent la syphilis guérissent complètement et il existe des preuves incontestables qu'après une période de cinq ans, la maladie a non seulement disparu de l'organisme, mais que son influence protectrice peut être anéantie et que les éléments épuisés ont renouvelé leur vitalité. On a attaché une trop grande importance à la possibilité d'une deuxième infection comme preuve indubitable d'une guérison complète. L'expérience de tous ceux qui sont au fait du traitement de la syphilis démontre qu'à quelques exceptions près, une guérison complète s'effectue dans un espace de trois ans après la date de l'infection et qu'après cette époque l'individu ne montre plus aucun indice de la maladie, soit dans sa personne, soit dans celle de ses descendants. De cas rapportés, il paraît ressortir qu'une deuxième infection revêt souvent une forme plus grave que la première. A l'appui de cette opinion, je citerai les cas publiés par moi-même et ceux rapportés par M. Taylor, de New-York, dont deux se terminèrent promptement par la mort.

Discussion.

M. OGILVIE (de Londres). — La réinfection syphilitique n'est pas admise

par tous les auteurs et a donné lieu à de nombreuses controverses ; aussi la publication d'un cas bien observé vaut-il mieux que toutes les discussions stériles. Le sujet de l'observation est un médecin qui contracta un chancre au commencement de 1876. Celui-ci offrit tous les symptômes d'un chancre induré et fut accompagné d'une adénopathie double, inguinale et épitrochléenne. Au bout de quelques semaines, roséole suivie de plaques muqueuses dans la bouche et le pharynx. Après quarante frictions mercurielles l'éruption disparut, mais le mal de gorge persista longtemps, car le malade était un grand fumeur. Le traitement adopté fut la cautérisation locale par le nitrate d'argent et l'administration d'iodure de potassim.

D'autre part, il fut prouvé que la femme, qui était la source de l'infection, était dans un hôpital en traitement pour des accidents secondaires.

Le malade resta en bonne santé pendant les deux années suivantes. Ce fut en 1891 que la deuxième infection eut lieu. Le chancre induré ne se montra pas dans le même point que le premier chancre. Adénopathies inguinales droites et éruption couvrant presque tout le corps.

A cette époque, M. Ogilvie vit le malade pour la première fois. Il ne se souvient pas d'avoir vu un exemple plus typique de roséole papuleuse ; celle-ci fut suivie d'une éruption pustuleuse sur le cuir chevelu, dans les favoris et la moustache. Plusieurs plaques muqueuses apparurent dans la bouche, mais guérirent vite.

Comme le malade souffrait d'un mal de Bright, le traitement mercuriel fut commencé avec beaucoup de prudence et dut être interrompu après 15 jours. Des tentatives pour administrer le mercure furent faites à plusieurs reprises, mais sans succès. L'iodure de potassium ne fut pas mieux supporté. Le malade resta donc sans traitement systématique, aussi ne fut-il jamais complètement débarrassé de l'éruption précédemment décrite.

Si quelque doute pouvait s'élever au sujet de la nature de la maladie, il disparaîtrait devant ce fait qu'un ami du malade contracta la syphilis pour la première fois, à la même source et à peu près à la même époque que ce dernier.

M. DRYSDALE (de Londres) croit que la réinfection de la syphilis est une chose très probable, car il est de règle, dans presque toutes les maladies virulentes, que la réinfection puisse se faire après plusieurs années depuis la première attaque. Louis XV mourut de la petite vérole dont il avait été atteint dans l'enfance, et la vaccination, comme tout le monde le sait, peut réussir deux ou trois fois pendant la vie. Lui-même n'a jamais vu un cas de réinfection ; mais cela n'est pas une chose que l'on doive supposer improbable, car la plupart des personnes qui contractent la syphilis sont des adultes, et, comme dans la vaccination des adultes, il est rare de voir l'inoculation réussir après plusieurs années.

M. Cotterell vient d'avancer l'opinion que « la guérison de la syphilis par le mercure, si l'on a soin de l'administrer avec prudence, est démontrée par la possibilité de la réinfection syphilitique ». Pour lui, il croit que la guérison est plutôt prouvée par le fait que des personnes, qui avaient eu la syphilis quelques années auparavant, se trouvent plus

tard en parfaite santé et produisent des enfants bien portants. Il est si rare de voir un cas de réinfection syphilitique qu'il serait dangereux de baser une telle opinion sur un fait si exceptionnel. Pour ce qui concerne la guérison de la syphilis par le mercure ou sans le mercure, le Dr Drysdale remarque qu'il est très difficile d'être certain de la guérison dans un cas, car la syphilis récidive souvent après plusieurs années. Cependant, M. Hutchinson et M. Henry Lee affirment que le mercure administré au commencement de la maladie peut prévenir l'éclosion des symptômes secondaires.

M. VIENNOIS (de Lyon). — J'ai observé un enfant de 3 ans qui, en embrassant sa nourrice, d'ailleurs syphilitique, s'est infecté et a présenté un chancre suivi d'accidents secondaires. Plus tard ce même sujet, à l'âge de 20 ans, contracta de nouveau un chancre suivi d'accidents spécifiques.

M. SCHUSTER (d'Aix-la-Chapelle). — Je connais un hérédo-syphilitique qui a présenté plus tard les signes de la syphilis acquise.

M. JULLIEN (de Paris) rapporte un cas semblable. D'après Profeta, un hérédo-syphilitique est pendant son enfance immunisé contre une nouvelle infection ; mais, vers l'âge de 12 ans, il peut de nouveau contracter la syphilis.

M. HUTCHINSON. — J'ai publié dans les *Archives de chirurgie* 54 cas de réinfection syphilitique dont 32 exempts de toute contestation.

Sur la durée de la période contagieuse de la syphilis.

M. J. HUTCHINSON (*rapporteur*). — On reconnaît généralement que pendant les périodes primaire et secondaire de la syphilis, le sang et toutes les sécrétions inflammatoires peuvent contenir le virus spécifique et le transmettre. Il s'agit de savoir à quelle période ils cessent ordinairement de renfermer le virus et de pouvoir le transmettre.

Il faut admettre comme un fait bien reconnu que les parents (père ou mère) qui ont été atteints de la syphilis, peuvent transmettre la maladie à leurs enfants. D'un autre côté, il est important de savoir pendant combien de temps cet état de choses peut durer et ce qu'il dure habituellement.

Dans des cas exceptionnels, cette possibilité de contagion de la syphilis peut se prolonger, soit en ce qui concerne les cas de contagion directe, soit en ce qui concerne la transmission de la syphilis au fœtus. Cette durée ne dépasse guère une année et se prolonge fort rarement au delà de deux ans. Il semble que la virulence des germes morbides, et peut-être même leur abondance, diminuent en raison de la durée de la maladie et que la contagion est beaucoup moins certaine vers la fin de la période secondaire que pendant les phases précédentes.

Les cas dans lesquels les doutes existent au sujet soit de la contagion, soit de la transmission héréditaire durant la période tertiaire (c'est-à-dire après la fin de la seconde année), sont excessivement rares.

Cependant on peut voir des cas où la persistance des propriétés contagieuses du virus s'est montrée très longue, d'autres cas où la transmission héréditaire s'est manifestée après un intervalle de temps très éloigné, des faits où l'excessive virulence de la maladie a été démontrée par l'évolution de la maladie [(syphilis vaccinale). Enfin, il faut savoir qu'on a vu des gens soumis à toutes les causes de contagion échapper à celle-ci.

M. CAMPANA (Rome), *co-rapporteur*. — La durée de la période contagieuse de la syphilis ne peut être déterminée avec certitude. Elle persiste certainement aussi longtemps que se montrent les lésions syphilitiques qui n'ont pas tendance à subir la transformation caséuse et qui sont caractérisées par les manifestations de la période secondaire, dite virulente, de la syphilis ; elle persiste aussi longtemps que les accidents qui sont capables de donner naissance au processus inflammatoire sans caséification subséquente.

Les vues nouvelles sur le processus syphilitique n'excluent pas la possibilité de la gomme dès le début ou dans la période dite inflammatoire.

M. Campana croit que la période contagieuse de la syphilis dure aussi longtemps que celle-ci est transmissible par l'hérédité. Cette durée dépend surtout du mode de traitement antisiphilitique qui, s'il est poursuivi avec prudence et persévérance, peut permettre d'espérer qu'après trois années la maladie même et son pouvoir infectant disparaîtront entièrement.

M. LASSAR (Berlin), *co-rapporteur*. — Le pouvoir infectant de la syphilis diminue avec la durée de la maladie ; cependant il peut persister aussi longtemps qu'il existe des manifestations. Les données de la littérature, les résultats de l'expérience et de l'expérimentation sont à ce sujet pour la plupart négatifs, mais ils ne peuvent, en principe, faire rejeter la possibilité de la contagiosité des manifestations tardives. Il n'y a que les cas bien observés qui puissent amener la lumière sur cette question. La raison pour laquelle, en réalité, la contagion ne provient presque jamais des formes tardives, c'est principalement la localisation des éruptions ; mais il faut savoir que, comme pour la lèpre et la tuberculose, il y a des circonstances particulières qui empêchent ou facilitent la contagion.

De même qu'il y eut longtemps des doutes touchant la question de la contagiosité des plaques muqueuses, question qui est maintenant tranchée depuis longtemps, de même, pour la contagiosité de la période tardive de la syphilis, c'est l'avenir qui nous donnera une solution semblable. Le problème de la durée ou de l'extinction de la contagiosité de la syphilis est, au point de vue théorique, très intéressant pour décider la question de savoir si, dans cette maladie, il y a un processus unique d'infection ou s'il y a une métaplasie de la cause morbide.

M. FEULARD (de Paris), *co-rapporteur*. — Voir le rapport *in extenso*, page 1007.

Discussion.

M. L. WICKHAM (de Paris). — Lorsque les lésions sont situées dans la bouche, la contagion de la syphilis peut être de très longue durée.

Dans un cas de leucoplasie linguale avec fissures, dans lequel il surveillait de temps en temps de petites érosions labiales, que l'on avait diagnostiqué herpès, le mariage fut autorisé, en raison de l'ancienneté du chancre. La jeune femme prit de son mari un chancre buccal de la lèvre inférieure. La contagion, dans ce cas, s'était faite par une syphilis remontant à 12 ans.

Je connais un autre cas de M. Hudelo, où la contagion se fit par le toucher après un grand nombre d'années.

Lorsque des lésions quelconques existent à la bouche, au moment d'une consultation relative à la possibilité de mariage, il faut être, malgré l'époque très reculée du chancre, d'une grande prudence et faire des réserves.

M. TARNOWSKI (de Saint-Petersbourg). — Je me permets d'ajouter quelques chiffres aux conclusions des orateurs qui m'ont précédé, chiffres que j'ai eu l'occasion de recueillir pendant une clientèle de 37 ans, en notant soigneusement l'historique de tous mes malades.

Je possède actuellement 62 mille bulletins ou notes de mes malades. Un de mes élèves, le Dr Tchistiakow dépouilla de mes notes 1,000 cas de malades observés pendant une période au delà de 5 ans, et nota jusqu'à quelle époque ces malades présentèrent des accidents secondaires, et voici les conclusions auxquelles il arriva : 1) sur 1,000 malades en moyenne la période condylomateuse se prolongea 3 ans; 2) pendant les 5 premières années, 802 malades présentent des symptômes condylomateux.

Après les 5 premières années.....	167 malades.
— 10 années.....	26 —
— 15 —	5 —

La virulence de la période condylomateuse tardive a pu être démontrée dans 14 cas qui font partie de notre clientèle.

De ces 14 cas l'infection a eu lieu après 5, 6, 9, 10, et dans un cas 15 ans après l'accident primitif. Parmi les 14 cas que je viens de citer, il fut fait 7 fois une confrontation des malades qui prouva que des personnes bien portantes furent contaminées par des condylomateux, 5 ans après l'accident initial.

La conclusion que je me permets de faire, d'accord avec mon excellent confrère le professeur Campana, c'est que l'infection peut avoir lieu tant que les symptômes secondaires existent, et que le nombre d'années écoulées depuis l'accident primitif ne peut avoir une influence décisive à ce point de vue.

M. BLASCHKO (de Berlin). — Théoriquement la durée de la contagiosité de la syphilis dépend de la présence du bacille et ne peut être fixée, tant qu'on n'aura pas découvert l'agent pathogène.

Au point de vue pratique, on peut dire que dans la plupart des cas la contagiosité disparaît au bout de peu de temps; pourtant dans quelques faits elle persiste un certain nombre d'années. M. Blaschko cite 2 cas de contagion syphilitique, l'un 12 ans après l'infection, l'autre 6 ans après (5 ans après le mariage, 4 ans après la naissance d'un enfant bien portant). La durée de la contagiosité n'est pas la même que celle de la transmission par hérédité; les deux ne dépendent pas de la gravité de la maladie, mais de la localisation accidentelle du poison.

L'incertitude où l'on est de savoir quand la contagiosité disparaît, nous interdit de donner aux malades une autorisation formelle de se marier; nous devons leur exposer la vérité et leur laisser la responsabilité de leurs actes.

De la syphilis maligne.

M. HASLUND (de Copenhague), *rapporteur*. — La syphilis maligne est simplement une forme de syphilis secondaire et n'a aucune relation avec le tertiariisme. La dénomination de syphilis maligne n'est d'ailleurs point recommandable, car, d'une part, on l'a déjà employée pour différentes formes de la maladie, d'autre part on ne peut donner à une maladie le qualificatif de malignité dans le sens attribué à ce mot pour d'autres maladies. En effet, le plus souvent le pronostic est favorable. Sur 8,691 malades traités à l'hôpital municipal de Copenhague en 14 années, on a observé 39 cas de syphilis maligne, autant chez la femme que chez l'homme. En ce qui regarde le traitement, il est impossible de donner des règles précises; la médication doit différer suivant les cas. Il faut aussi prendre en considération l'état général du patient, la gravité des symptômes, le traitement antérieurement suivi et tous les commémoratifs.

M. NEISSER (de Breslau), *ex-rapporteur*. — Sous le nom de *syphilis maligne* il faut comprendre une forme toute spéciale ou spécifique de syphilis de mauvaise nature, non pas toutes celles qui entraînent des dangers par la localisation de la syphilis dans des organes vitaux essentiels ou par des complications accidentelles avec d'autres dyscrasies et maladies, et qui peuvent être mortelles. La dénomination de syphilis *gravis* convient donc, il est vrai, aux cas morbides mentionnés en dernier lieu, mais non à la forme circonscrite de syphilis de mauvaise nature indiquée plus haut.

La dénomination de « syphilis anormale grave » qui annoncerait l'apparition des formes tertiaires dans la période précoce, est moins appropriée que celle de syphilis maligne.

La forme de syphilis décrite comme syphilis maligne est aujourd'hui relativement très rare. Elle correspond aux variétés observées à la fin du XV^e siècle dans la première grande épidémie de syphilis, et alors, à ce qu'il paraît, beaucoup plus fréquentes qu'aujourd'hui.

II

La syphilis maligne est caractérisée par les symptômes suivants :

1^o Phénomènes généraux très accusés, provenant de l'intoxication : fièvre, anémie, cachexie, amaigrissement, insomnie, douleurs (tête, articulations, muscles). On observe plus rarement des accès épileptiformes, du coma, des parésies, des troubles passagers de la motilité et de la coordination.

2^o Éruptions de grosses pustules et ulcérations (rupia ou ecthyma) sur la peau et les muqueuses (cavités buccale et nasale), plus rarement dans les organes internes, lésions très nombreuses, irrégulièrement disséminées, qui surviennent déjà dans les premiers mois (3 à 6) après l'infection, récidivent souvent, ensuite constamment pendant des années.

Le type de la syphilis maligne est surtout caractérisé par le développement des formes multiples d'ulcérations, se manifestant comme première éruption, au lieu de roséole.

Dans d'autres cas, les ulcérations se produisent par destruction rapide des syphilomes volumineux fortement colorés (rouge brun), mous, à déve-

loppement rapide, situés profondément dans les tissus, disséminés d'une manière irrégulière (non groupés) sur toutes les parties de la surface cutanée, ou qui apparaissent sur les muqueuses buccale et nasale.

Les formes de syphilis *hémorragique* ne constituent pas en elles-mêmes la « malignité » ; mais elles peuvent compliquer les formes ulcéreuses et représenter un symptôme de malignité.

Le *scorbut* est une complication grave de toute syphilis, mais n'est pas la cause de la malignité.

Parfois, notamment chez les *femmes*, on voit des cas avec malaises très caractérisés et un exanthème très polymorphe, papulo-squameux à grosses nodosités, avec des syphilomes pustuleux et ulcérés superficiellement, que l'on peut regarder comme des *formes de transition* de la syphilis ordinaire à la syphilis maligne.

III

La syphilis maligne est une *forme précoce* (secondaire) non seulement suivant l'époque de son apparition, mais aussi par la *multiplicité et la répartition disséminée* de l'éruption, ainsi que par les symptômes généraux observés seulement dans les formes précoces (jamais dans la syphilis tertiaire). Elle se distingue des formes précoces normales (maculeuses et papuleuses) par les processus de destruction et d'ulcération, qui (souvent) même ne peuvent pas non plus être arrêtés par le traitement mercuriel spécifique, généralement efficace.

Donc, bien que la syphilis maligne soit une *forme ulcéreuse*, elle n'est pourtant pas une *forme gommeuse tertiaire*. Elle se distingue de cette dernière variété par les caractères suivants :

- a) La rapidité exceptionnelle aussi bien du *développement* du syphilome (dans le cas où il est constatable) que de l'ulcération ;
- b) L'absence du caractère serpigneux des ulcérations ;
- c) L'absence du groupement des efflorescences isolées, particulières aux formes tardives ;
- d) L'action absolument irrégulière de l'iode sur le processus ulcératif de la « syphilis maligne ».

La séparation de la « syphilis maligne » de la syphilis tertiaire me semble d'autant plus justifiée que nous connaissons une *forme typique* de syphilis tuberculo-serpigneuse, même gomme-ulcéreuse, qui survient dans la première année de l'infection, une *véritable syphilis tertiaire précoce* qu'on peut séparer nettement de la *syphilis maligne*.

On peut en outre faire valoir contre l'opinion qu'on se fait de la « syphilis maligne » comme forme tertiaire, les raisons suivantes :

- 1^o L'éruption souvent *simultanée* de formes précoces *typiques* (plaques) sur la muqueuse, à côté du « rupia » et de l'« *ecthyma* » de la peau.
- 2^o Le fait que dans certains cas des exanthèmes typiques, maculeux et papuleux, succèdent aux éruptions *ulcéreuses*.

La dénomination « *galopante* » en tant qu'il s'agit d'une transformation anormalement rapide en période « tertiaire » de périodes primaire et secondaire n'est par conséquent pas heureuse ; pas plus que la dénomina-

tion de « *sypilis maligne précoce* ». Car le caractère menaçant et grave de certaines *formes tardives* est tout autre que la mauvaise nature de la « *sypilis maligne* ».

IV

L'appréciation d'un cas est encore plus difficile quand les foyers morbides ne sont pas visibles à la surface de la peau et des muqueuses, mais se trouvent dans les *organes internes*.

Nous savons seulement que les formes de la syphilis, qui surviennent à une époque *tardive* après l'infection, sont des formes *gommeuses tertiaires*.

Mais comment interpréter ces symptômes et localisations syphilitiques dans la période précoce?

La plupart des auteurs considèrent constamment ces localisations viscérales, etc., de la syphilis, à ce qu'il semble, *eo ipso*, comme des *formes tertiaires*, même quand elles se manifestent dans la *période secondaire*. Quant à moi, je suis d'avis qu'on devrait mettre en parallèle tout d'abord les formes syphilitiques des viscères, etc., qui existent dans la période *précoce*, avec les formes papuleuses résolutives, telles que nous avons pu les observer sur la peau, etc.

La dénomination, choisie par beaucoup d'auteurs, de « *sypilis précoce* » osseuse du système nerveux, etc., n'explique rien à cet égard; elle indique seulement, à vrai dire, que la syphilis viscérale, cérébrale, etc., est, en somme, plus fréquemment une manifestation de la syphilis *tardive* que de la syphilis *précoce*.

Ce n'est qu'en *second* lieu qu'il faut prendre en considération, tout à fait comme dans la syphilis cutanée, la *possibilité* que déjà dans les premières années de la maladie, les symptômes présentent un caractère « *tertiaire* ».

Quelle importance a cette considération?

Elle nous amène, dans les cas de syphilis viscérale, cérébrale, etc., des premières années de la maladie, à ne pas se borner au remède curatif de la syphilis tertiaire, l'*iodure de potassium*, mais à employer toujours énergiquement le *mercure qui est indispensable dans la période précoce*.

Souvent on pourrait prouver l'hypothèse d'une forme tertiaire, si l'on obtenait une prompte action curative par l'*iodure de potassium*.

Mais naturellement chaque bon médecin considérera comme accessoire l'intérêt du diagnostic dans telle localisation grave et dangereuse, et regardant la possibilité de débarrasser par l'emploi du mercure les malades atteints de processus papuleux éventuels (secondaires), on emploiera toujours ce qu'il y a de plus approprié thérapeutiquement: le traitement mixte par le mercure et l'*iodure de potassium*.

Même les nodosités (du tissu conjonctif) semblables à des tumeurs qui surviennent dans la période *précoce*, habituellement désignées sous le nom « *de gommès* » et par suite rangées dans la syphilis tertiaire, doivent, à ce qu'il paraît, être divisées en processus « *précoces* » et « *tardifs* », ou « *secondaires* » et « *tertiaires* », puisque dans ces cas apparaissent deux formes résolutive et à tendance ulcéreuse.

Y a-t-il encore une syphilis « maligne » des viscères, du cerveau, etc.?

Des observations isolées paraissent corroborer cette manière de voir. Cependant on ne pourra admettre avec quelque certitude l'hypothèse d'un processus cérébral, etc., analogue au *processus ulcéreux de la peau*, que si l'évolution totale et les symptômes cutanés de ce cas correspondent à une syphilis maligne typique.

V

La syphilis « maligne » peut être *acquise* ou *héréditaire*. On peut spécialement rapporter à la forme « maligne » les processus de fonte et de suppuration qui existent dans la syphilis héréditaire grave.

VI

Il n'est pas possible d'avoir un point de repère pour appuyer l'hypothèse que le virus est qualitativement de plus mauvaise nature que dans les cas à évolution normale. Car il est bien établi que ni la source d'infection des cas de syphilis maligne n'est elle-même maligne, ni que la syphilis provenant de cas malins produise à son tour une syphilis maligne chez d'autres personnes.

Il faut donc conclure que la forme maligne tient à une *sensibilité spéciale de l'individu*.

Cette *susceptibilité idiosyncrasique* est *spécifique* et il ne faut pas la confondre avec tous les facteurs (alcoolisme, malaria, scrofulo-tuberculose, goutte, scorbut, diabète, néphrite, anémie, vieillesse, intoxication mercurielle et saturnine chroniques) qui peuvent amener d'ailleurs un décours plus grave (syphilis gravis) de l'infection. Ce sont souvent des individus très robustes et sains qui sont atteints de syphilis maligne, tandis que les sujets malingres et malades ont eu très souvent une syphilis bénigne à évolution normale.

VII

Avec le développement de l'ulcération du tissu il se produit tout naturellement une infection mixte de staphylocoques. Toutefois, elle n'est pas la cause, mais seulement une complication du processus ulcéreux. Ces ulcérations guérissent fréquemment en laissant des kéloldes.

Il est surprenant que dans les seuls cas où se produit facilement une infection mixte (peau, muqueuses) il existe des formes qui suppurent facilement, tandis que les infiltrats périostiques, etc., ne s'ulcèrent pas.

Dans les formes héréditaires graves et qui souvent sont accompagnées de « suppurations » analogues, on rencontre fréquemment des infections streptococciques.

On ne saurait admettre l'hypothèse qu'une *quantité* particulièrement abondante de virus syphilitique soit la cause de la malignité.

VIII

Il est difficile de dire quelles sont les causes qui ont occasionné dans les quatre derniers siècles une diminution (en apparence très notable) des

cas de syphilis maligne. Il me semble qu'en général la force de la résistance contre le virus est devenue plus grande et en même temps la malignité du virus moindre.

Il faut peut-être tenir compte des conditions suivantes :

- 1^o Le traitement mercuriel est meilleur et plus généralement employé.
- 2^o L'amélioration des conditions hygiéniques générales.
- 3^o L'infection et l'immunisation graduelle de la population pendant plusieurs générations.

Toutefois on cite le fait d'un homme atteint de syphilis maligne, bien que son père ait eu la syphilis.

Hutchinson, Mracek, etc., croient même qu'on a observé des ulcérations phagédéniques et du rupia, particulièrement chez des individus qui avaient eu *déjà autrefois* une infection syphilitique.

IX

La forme, la marche et le siège de l'affection primaire (par hasard extra-génitale) n'ont aucune influence sur l'origine de la syphilis maligne.

La fréquence (exceptionnellement grande) des *ulcères primaires phagédéniques*, qu'on a observée dans la syphilis maligne, provient de ce que souvent les premières manifestations du virus correspondent à l'idiosyncrasie de l'individu atteint et présentent, comme premier symptôme de cette idiosyncrasie, une ulcération aiguë.

Si donc le phagédénisme s'observe déjà dans l'affection primaire, on devra tout d'abord prendre en considération la possibilité de l'apparition d'une « syphilis maligne ».

X

L'expérience a appris que fréquemment des malades atteints de « syphilis maligne » supportent mal ou pas du tout le mercure. Il faut par conséquent commencer toujours avec une grande prudence le traitement mercuriel et ne jamais avoir l'espoir d'obtenir un succès par des cures exagérées. Souvent l'iode de potassium donne de bons résultats (principalement contre la fièvre). Mais fréquemment toutes les cures spécifiques échouent pendant des années et on en est réduit aux méthodes reconstituantes (bains, particulièrement les bains de mer) et à des médicaments (arsenic, fer, strychnine, quinine). Extérieurement le traitement sulfureux (bains, pommades) est souvent remarquablement efficace.

Brusquement, il vient un moment dans lequel le mercure est toléré, et en même temps on obtient un résultat excellent.

Il n'est aucunement démontré qu'un traitement mercuriel commencé de trop bonne heure et trop énergique ou la méthode chronique intermittente soit la cause de la syphilis maligne. Il est seulement vrai que toute syphilis maligne s'aggrave quand un médecin, insuffisamment expérimenté, croit précisément, par un traitement mercuriel exagéré, pouvoir améliorer des cas à marche défavorable. On n'est nullement autorisé à rendre la théorie de Fournier responsable de semblables bévues, car précisément elle apprend à

tenir toujours compte de la marche particulière de chaque cas morbide et des pauses entre les traitements.

XI

Le pronostic de la syphilis maligne est, en général, favorable, en ce qui concerne l'issue finale.

M. TARNOWSKY (Saint-Petersbourg), *co-rapporteur*. — Le degré de la malignité de la syphilis doit se baser sur la totalité du mal qu'elle cause à l'organisme infecté. A ce point de vue, la forme ou les symptômes de la maladie, ainsi que sa localisation, acquièrent une influence notable sur la gravité de la syphilis. Selon les symptômes, la syphilis prend un cours grave et spécial par le fait d'une infection simultanée de l'organisme par la syphilis et les éléments pyogènes (staphylococcie syphilitique ou infection mixte syphilitique).

Les staphylococci pyogènes albus et aureus, accompagnés quelquefois d'un genre spécial de bacilles, trouvent chez certains sujets un terrain propice qu'ils envahissent et s'y développent en même temps que la syphilis; ces éléments compliquent le chancre induré de phagédénisme, occasionnent une inflammation purulente des glandes voisines du chancre et amènent sur la peau des poussées consécutives de boutons ou nœuds pyo-syphilitiques (œthyma profundum, rupiforme; impetigo profunda, rodens; rupia, syphilide pustulo-crustacée). Ces boutons peuvent se développer en même temps que d'autres poussées purement syphilitiques de la période secondaire de la maladie, telles que taches érythémateuses, papules sèches, papules muqueuses.

La somme de l'effet toxique d'une infection mixte pyo-syphilitique influe sur le cours de la maladie et lui communique, surtout dans les périodes primitive et secondaire, une plus grande acuité, ainsi qu'une tendance aux récidives en forme de nœuds pyo-syphilitiques. Mais une infection mixte n'implique pas nécessairement le développement de la période gommeuse; cette dernière peut ne se manifester que bien des années plus tard ou même faire absolument défaut dans les cas favorables.

Les nœuds pyo-syphilitiques peuvent se résorber sous l'influence d'un traitement approprié; ils peuvent également s'ouvrir en laissant des ulcères consécutifs et il sont aptes à transmettre la syphilis aux personnes bien portantes. Cette faculté de communiquer la contagion distingue les nœuds pyo-syphilitiques des tumeurs et ulcères gommeux, qui ne sont pas infectants. Notons en plus que les cocci pyogènes, si abondants dans les nœuds pyo-syphilitiques à l'époque de leur ramollissement, font complètement défaut dans les gommages ramollies *non ulcérées*. La complication de la syphilis à la période tertiaire par les cocci pyogènes ne s'observe que rarement, quoiqu'elle puisse avoir lieu, comme semblent le prouver les gommages atteintes de phagédénisme.

Toutes les conditions qui épuisent promptement l'organisme d'un syphilitique contribuent à son infection par les cocci pyogènes. Parmi ces conditions, bornons-nous à citer l'alcoolisme, le diabète, les maladies aiguës, les excès de fatigue, l'abattement moral.

En dehors des infections pyo-syphilitiques, la syphilis par elle-

même peut devenir maligne. Cette forme se traduit par une lésion notable des vaisseaux au niveau du chancre; cette lésion gagnant du terrain et progressant dans sa marche occasionne de la nécrose (chancre gangréneux). Elle se traduit encore par le passage prématuré à la période gommeuse; cette dernière se manifeste parfois sans que la maladie subisse la période secondaire; il arrive d'autres fois que la période tertiaire s'annonce en même temps que les symptômes secondaires, pendant la 1^{re} ou la 2^e année de la maladie.

Les raisons qui occasionnent ce passage prématuré, pour ainsi dire fatal, de la maladie à la période tertiaire, passage atteignant chez certains syphilitiques une progression précipitée que rien ne saurait arrêter, ces raisons sont encore à étudier. L'absence seule d'une médication soit mercurielle, soit iodique ne suffit pas à expliquer cette précipitation. Certaines formes de malaria invétérées, qu'on observe dans le nord et dans le centre de la Russie, semblent influencer sur l'apparition précoce de la période gommeuse.

La localisation des symptômes consécutifs exerce également une grande influence sur la gravité du mal que la syphilis cause à l'organisme malade. Ainsi une syphilis récente et légère, au point de vue des lésions anatomopathologiques, peut devenir très grave, mortelle, selon sa localisation. Inversement une syphilis avec symptômes graves de la période tertiaire peut n'occasionner, d'après sa localisation, que de légers troubles et ne pas menacer l'état général du malade.

Les trois types énoncés de la syphilis grave : l'infection pyo-syphilitique, la syphilis à accidents gommeux prématurés, la syphilis à localisation défavorable, peuvent se combiner entre eux, revêtir des formes intermédiaires.

La syphilis bénigne qui ne passe pas par la période gommeuse, les formes frustes ou abortives de la syphilis qui se bornent aux symptômes initiaux, ainsi que l'immunité complète envers la syphilis, s'observent principalement chez les personnes dont l'ascendance directe est entachée de syphilis. Néanmoins tous les cas d'une sensibilité amoindrie envers la syphilis, ainsi qu'une immunité complète, ne peuvent être expliqués exclusivement par la syphilis des parents.

Le traitement mercuriel, prescrit dès les premiers jours de la maladie et systématiquement répété pendant 2 à 3 ans, offre un puissant auxiliaire pour combattre la syphilis grave. En outre d'une médication spécifique, un climat tempéré et stable est nécessaire pour amener le rétablissement d'un malade atteint d'une syphilis grave, surtout à la période gommeuse précoce.

Au centre et au nord de la Russie, de tous les procédés d'administrer le mercure aux malades, les injections intra-musculaires sont celles qui amènent l'effet le plus prompt et le plus durable; les préparations à l'état de suspension réussissent le mieux et peuvent varier entre le calomel, le bichlorure, l'oxyde jaune de mercure, le salicylate de mercure. Cette dernière préparation, étant la moins douloureuse, est celle que je préfère actuellement.

M. SCHWIMMER (Budapesth). — Dans cinq cas de syphilis maligne, j'ai

obtenu de bons résultats avec les injections sous-cutanées de spermine. Le traitement mercuriel, qui avait été suspendu, a été repris, lorsque l'état général se fut amélioré.

M. FEULARD a employé avec avantage, dans la syphilis maligne, le sérum artificiel et le sérum de chien.

BARBE.

(La suite des discussions générales paraîtra dans le numéro prochain.)

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Dermatitis hiemalis.

M. W. CORLETT (Cleveland), décrit sous ce nom une affection qui est assez commune dans la région des grands lacs de l'Amérique du Nord. Elle apparaît au commencement de l'hiver ou après une période de vents froids pour disparaître au printemps et récidiver l'année suivante. Elle est limitée à la face dorsale de l'une ou des deux mains, envahissant quelquefois les poignets et les avant-bras, rarement les pieds.

L'éruption est constituée par une plaque rouge, violacée, saillante, infiltrée, bien limitée, couverte de vésicules, suintante ou crevassée, à la fin squameuse. Au début, elle ressemble à de l'érythème polymorphe, mais elle n'en a pas la multiplicité ou l'étendue de distribution. A la période d'état, la plaque de dermatite hivernale ressemble surtout à de l'eczéma, mais en diffère par son infiltration, sa couleur violacée et sa limitation nette. Au déclin, elle rappelle un peu le lupus érythémateux. Le prurit est constant et très vif surtout au début.

Eczéma chronique végétant du nez et des lèvres.

MM. GAUCHER et BARBE (Paris). — L'eczéma chronique des jambes subit parfois, chez les vieillards atteints de varices et dont la profession exige la station debout longtemps prolongée, surtout chez ceux qui négligent de se soigner, une transformation papillomateuse remarquable appelée par Bazin *eczéma dégénéré* et par Hardy *lichen hypertrophique*.

Nous avons vu cette transformation se faire sous nos yeux dans un eczéma du centre de la face. Nous n'en savons nullement la raison, peut-être y aurait-il lieu d'incriminer la négligence de la malade. Ne connaissant pas d'exemple d'un tel eczéma à la face, nous avons cru devoir signaler cette observation.

M..., âgée de 72 ans, atteinte à l'âge de 25 ans d'accès d'asthme, ayant actuellement de l'œdème des jambes avec des varices cutanées, se présente le 13 février 1895 à la consultation dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine pour une éruption qui lui serait survenu à la face à la suite d'une opération faite sur l'utérus. Cette éruption est localisée d'autre part à la région nasale, surtout dans sa moitié inférieure où elle s'étend de chaque côté sur l'aile du nez, et en bas vers la sous-cloison; d'autre part elle occupe à la lèvre supérieure, toute la hauteur de celle-ci sans dépasser les sillons labio-géniens sur les parties latérales; à la lèvre inférieure, elle est limitée au-dessous de la commissure buccale gauche sous forme d'une petite plaque arrondie; enfin au niveau du creux sous-men-

tonnier elle forme un placard eczémateux, allongé transversalement. Cette éruption, très prurigineuse, était un type d'eczéma vulgaire avec rougeur des téguments, suintement caractéristique avec formation de croûtes par place. A la suite d'un traitement qui consista d'abord en l'application de cataplasmes d'amidon froids pendant trois jours, puis d'une pommade à l'oxyde de zinc, il y eut d'abord une grande amélioration au bout d'une semaine environ. Mais huit jours après, soit que la malade ait cessé de se soigner, soit pour toute autre raison, cet eczéma prit un caractère végétant tout particulier, papillomateux, avec fissures entourant les nodosités, rappelant l'aspect de ces eczemas chroniques végétants survenant aux membres inférieurs des vieux variqueux. L'eczéma toujours limité au nez, à la lèvre supérieure et au creux sous-mentonnier, donnait à ces organes une apparence presque framboisée, avec couleur rosée des téguments sans aucune croûte. Sur le nez une des nodosités avait presque la grosseur d'une petite noisette. Enfin le bord, rouge des lèvres était légèrement squameux et fendillé.

Cette éruption ne pouvait être confondue avec l'acné hypertrophique.

Des pulvérisations et l'application d'huile de cade pure furent prescrits alternativement sur le nez du sujet. Mais le traitement n'amena aucune amélioration ; il est vrai que la malade, très timorée, se soigna d'une façon très irrégulière. Dernièrement, nous lui avons proposé des scarifications, mais nous craignons bien que, pour le même motif, elle ne nous fasse des visites encore plus rares.

De la pelade.

M. SABOURAUD expose les résultats de ses recherches qui ont été publiées *in extenso* dans les *Annales*.

M. BLASCHKO (Berlin) relève trois points qui militent en faveur de la nature infectieuse de la pelade.

- 1^o La teinte érythémateuse des plaques récentes ;
- 2^o La tuméfaction des ganglions occipitaux ou mastoïdiens qui accompagne presque toujours le début de la pelade.
- 3^o Un fait de contagion expérimentale.

Un malade atteint depuis deux ans de pelade maligne du cuir chevelu se fait une friction sur l'avant-bras avec des squames provenant d'une plaque récente du cuir chevelu. Trois semaines après, il apparaissait en ce point une plaque peladique typique qui guérit au bout de deux mois de la façon habituelle.

M. CIAROCCHI a étudié 547 cas de pelade au point de vue de la distribution topographique et des antécédents personnels des malades. Il n'a jamais observé d'épidémie ni aucun fait de contagion bien démontrée et il conclut à l'origine nerveuse de la pelade.

M. SABOURAUD. — 500 cas négatifs où l'on n'a pas pu découvrir l'origine de la contagion ne prouvent rien contre 20 cas de contagion démontrés.

Pseudo-pelade trichophytique.

W. DUBREUILH et D. FRÈCHE (de Bordeaux). — Les auteurs anglais ont

depuis longtemps noté des relations entre la trichophytie et la pelade ou des lésions analogues. Ils ont constaté que la pelade peut succéder à la trichophytie soit immédiatement et *in situ* (Crocker), soit longtemps après (Hutchinson). Ils ont même attribué à la trichophytie toutes les pelades contagieuses. C'est aller évidemment beaucoup trop loin, mais il est certain que la trichophytie peut amener l'atrophie du cheveu et la production de plaques glabres, peladoïdes.

En général, cette forme d'alopécie trichophytique, qui est du reste rare, se produit d'une façon très graduelle et très partielle. Cependant, nous avons observé deux faits où la transformation de lésions trichophytiques en plaques d'aspect absolument peladique s'est faite sous nos yeux, dans l'espace de quelques jours.

Les cheveux malades ont été éliminés par atrophie de la racine sans aucun phénomène inflammatoire, et il en est résulté des plaques rondes, bien limitées, parfaitement glabres et lisses, sans trace de cheveux, qu'il eut été impossible de ne pas prendre pour des plaques de pelade si nous n'en avions pas vu le début.

Dans les deux cas, il s'agissait d'un trichophyton ectothrix dont les spores remarquablement petites, ne dépassant pas 3 μ , rappelaient le microsporon Audouini de Gruby-Sabouraud et dont la végétation extrêmement rapide dans les cultures faisait penser à une origine animale. Dans un des cas, l'origine animale est certaine : le chat de la maison était atteint d'une trichophytie généralisée, dont l'identité de nature avec celle de l'enfant a été démontrée par l'examen microscopique des poils et la culture.

Contagiosité et transmissibilité de l'eczéma séborrhéique des régions inguinales.

M. L. PERRIN (de Marseille).— L'auteur rapporte cinq faits cliniques semblant prouver la contagiosité de l'eczéma séborrhéique de ces régions ; dans tous, la dermite congestive, superficielle, catarrhale à type sec était figurée, annulaire, circonscrite ; dans tous, il s'agissait bien d'eczéma séborrhéique, élimination faite des autres affections figurées ou marginées produites par la trichophytie cutanée, l'érythrasma, le pityriasis versicolore, le psoriasis circiné, le pityriasis rosé, la roséole annulaire. Enfin, chez les malades observés, l'eczéma séborrhéique s'était primitivement développé dans les régions inguino-crurales ; il n'avait pas été précédé de pityriasis capitis ou d'une autre affection cutanée locale. Les malades concernaient trois hommes et deux femmes, tous jeunes, de 20 à 30 ans, à type blond, vivant dans un contact intime comme gens mariés ; dans deux cas, c'est après un mois environ de cohabitation que la contagion s'est produite.

D'après les faits minutieusement suivis, il semble difficile de nier la contagion dans ces cinq cas ; aussi tout en réservant les arguments tirés de l'existence des parasites de l'eczéma séborrhéique, le fait d'inoculation du morococcus observé par Unna, on peut dire qu'au point de vue clinique, les cas rapportés paraissent assez nets pour dire à un malade atteint d'eczéma séborrhéique des régions inguinales que son affection peut se transmettre par contagion.

Les microbes de la séborrhée.

M. VAN HOORN (Amsterdam). — A l'examen microscopique des pellicules dans la séborrhée nous trouvons constamment trois formes de microbes : 1) des grandes cellules sphériques, à membrane à double contour, à contenu granulé, de 4 μ . de diamètre à peu près ; 2) des cellules ovales plus petites (environ 2 μ . 1/2 de longueur) ; 3) un très petit bacille, qu'on ne parvient à reconnaître comme tel qu'en se servant de fortes lentilles (2.0 Hom. Imm. Zeiss).

Les formes sphériques et ovales ont été décrites entre autres par Malassez, Bizzozzero et Unna ; le petit bacille par Unna seul.

Bizzozzero croyait que les formes sphériques et ovales appartenaient à deux espèces de saccharomyces ; Unna pense qu'elles sont des variations d'une espèce unique. En faisant des cultures bactériologiques de pellicules il est possible d'isoler les trois formes. Par ce moyen apparaît clairement que seules les cellules sphériques constituent une levure : celle que Pekelharing avait déjà obtenue en culture après ensemencement de cheveux. Ce savant, voyant que des formes rondes et ovales se développaient les unes des autres, en concluait que les deux espèces de saccharomyces décrites par Bizzozzero, n'en constituaient qu'une. Toutefois les cellules ovales appartiennent à un microbe, qui est identique au bacille-bouteille que Unna réussit à cultiver de comédons, mais qu'il ne pouvait pas étudier complètement, parce qu'il ne réussit à obtenir qu'une seconde génération.

Nous avons réussi à obtenir un nombre illimité de générations et nous avons donc pu comparer notre microbe avec la levure de Pekelharing, avec le bacille-bouteille de Unna et avec nos préparations microscopiques de pellicules.

Ces recherches nous permettent d'affirmer que les observations de Bizzozzero, de Pekelharing, et de Unna sont exactes en tout point mais que leurs conclusions sont erronées.

Nous croyons avoir prouvé par nos expériences que les pellicules de la séborrhée contiennent constamment au moins trois différents microbes c'est-à-dire une levure, cultivée pour la première fois par Pekelharing, un grand bacille, qui montre des formes gonflées des plus bizarres, et un autre bacille, très petit et très court.

C'est par nous que ces deux derniers ont été isolés pour la première fois des pellicules de la séborrhée.

Sur un nouveau cas de « Pied de Madura ».

MM. GÉMY et VINCENT (d'Alger). — Nous avons publié, en 1892, un premier cas de maladie de Madura, observé chez un Marocain, et démontrant que le domaine géographique de cette singulière affection peut s'étendre au nord de l'Afrique. Nous venons d'observer un nouveau cas chez un cultivateur kabyle, âgé de 36 ans, et n'ayant jamais quitté son pays. L'affection a débuté, il y quatre ans, par l'apparition d'un bouton à la face plantaire du premier métatarsien. A mesure que d'autres boutons se développaient, le pied s'hypertrophiait considérablement. Il mesure actuellement 40 cent. de pourtour au niveau de l'articulation tibio-tarsienne (23 cent.

du côté sain). Il présente de nombreuses saillies dures ou fluctuantes et des foyers cratériformes et fistuleux donnant issue à du pus mélangé de grains blanc-jaunâtre caractéristiques.

Le pied, étudié après l'amputation, a montré des lésions macroscopiques considérables. Il est sillonné de trajets fistuleux et fongueux, qui ont labouré les parties molles et communiquent souvent entre eux, de la région dorsale à la région plantaire. Les grains blancs parasitaires foisonnent, principalement dans la profondeur et près du squelette osseux. Dans l'intervalle des foyers, les tissus sont blancs, lardacés, indurés. Le derme, très épais, s'est soudé avec les tissus sous-jacents. Les muscles plantaires, le pédieux ont à peu près disparu.

Le système osseux n'a été entamé que superficiellement par la production parasitaire, peut-être parce que le cas était relativement récent. Mais les os du tarse et du métatarse, atteints d'ostéite raréfiante, se laissent sectionner facilement par le couteau.

Il existait encore deux foyers parasitaires éloignés, quoique restreints, l'un dans la région poplitée, l'autre dans la région péronière.

L'examen microscopique des grumeaux spécifiques et les cultures ont fourni des résultats identiques à ceux du précédent cas, dont l'un de nous a fait (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894) l'étude bactériologique. Le microbe de cette affection, le *Streptothrix Maduræ*, est un parasite filamenteux et ramifié, qui se développe, dans le pied malade, en formant les grumeaux blanc-jaunâtre abondants. Ce microbe se cultive surtout dans les infusions végétales légèrement acides, et diffère entièrement de l'actinomyces. Il donne, sur la pomme de terre, des cultures rouges caractéristiques.

Sur la lèpre.

Statistique officielle des lépreux en Russie.

M. le Professeur PETERSEN (de Pétersbourg). — Depuis 1869, époque où la lèpre a été signalée en Russie, l'auteur s'est occupé de recueillir des documents sur cette maladie et s'est convaincu de sa contagiosité. Le Gouvernement Impérial et 4 sociétés philanthropiques s'occupent à construire des asiles et des colonies de lépreux. En même temps et suivant la proposition de l'auteur, le Gouvernement a fait dresser une statistique de tous les cas de lèpre.

Après défalcation faite de quelques cas douteux, on trouve 894 cas connus de lèpre qui se peuvent classer comme suit :

1^o *Forme clinique :*

Lèpre tuberculeuse.....	63,3 p. 100
— maculo-anesthésique.....	29,6 —
— mixte.....	7, —

2^o *Age :*

1 à 20 ans.....	14,4 p. 100
21 — 35 —.....	32,4 —
36 — 50 —.....	24,9 —
51 — 70 —.....	28,2 —
plus de 70 —.....	4,1 —

3^e *Durée de la maladie :*

5 à 10 ans.....	41	p. 100
plus de 10 ans.....	17,4	—

4^e *Hérédité :*

Les deux parents lépreux.....	320
Le père ou la mère lépreux.....	110
Les sœurs ou les frères.....	138
Le grand-père ou la grand-mère.....	20
Oncles ou tantes.....	82
Le mari.....	10
La femme.....	8

Il n'était pas rare de voir la lèpre des parents succéder à celle des enfants.

5^e La distribution de la lèpre en Russie est tout à fait indépendante du climat ou de la nourriture.

La lèpre en Allemagne.

M. A. BLASCHKO. — Depuis 15 ou 20 années, il y a dans l'arrondissement prussien de Memel un foyer de lèpre, qui, jusqu'à ce moment, n'a aucune tendance à décroître.

Ce foyer est continuellement en rapports avec les foyers de lèpre des gouvernements baltiques de la Russie, Livonie et Kurland et dans le gouvernement de Kowno.

Le seul moyen pour prévenir le progrès ultérieur de la lèpre en Allemagne est l'isolement des lépreux.

Il n'est pas besoin de léproseries fermées; il suffit d'établir des colonies rurales avec toutes les exigences de l'asepsie moderne.

Le mode particulier de la propagation de la lèpre s'explique par deux faits; par l'immunité complète que possèdent la plupart des hommes contre l'infection lépreuse, et par ce fait, que le bacille de la lèpre ne sort que rarement de l'organisme malade.

Les tubercules lépreux se trouvent quelquefois sur le cuir chevelu et dans la paume de la main.

Les bacilles de la lèpre sont situés dans l'intérieur des cellules du tissu conjonctif.

On trouve quelquefois des cellules géantes dans les tubercules lépreux.

Il y a quelques symptômes communs à la syringomyélie et à la lèpre anesthésique: mais pourtant les deux maladies sont complètement différentes et quant à l'étiologie et à la pathologie. Dans la lèpre anesthésique il existe toujours une névrite ascendante, qui ne monte que très rarement jusqu'à la moelle épinière; dans la syringomyélie il y a toujours une affection primaire de la moelle.

Discussion.

M. EHLERS (Copenhague), demande si l'isolement des lépreux est géné-

ral et complet. Il est moins nécessaire pour la lèpre anesthésique qui est moins contagieuse.

M. PETERSEN. — Il n'y a que 272 malades internés sur 900. Les lépreux anesthésiques sont peut-être moins dangereux, mais il faut pouvoir les suivre.

M. ZAMBACO-PACHA. — C'est pour des raisons théoriques qu'on admet la contagion et parce qu'il y a un bacille, mais cette contagion, rien ne la prouve. Dans les léproseries turques où le mariage est obligatoire, on voit bien des mariages mixtes, il n'y a pas de contagion conjugale, mais l'enfant devient régulièrement lépreux et de très bonne heure. Quant aux inoculations, elles n'ont jamais rien démontré.

M. NEISSER (Breslau). — Nous sommes contagionnistes convaincus; il est probable que les fosses nasales sont la porte de sortie et d'entrée dans bon nombre des cas de contagion.

M. Z. FALCAO (Lisbonne), rapporte un cas de lèpre qui avait débuté au niveau d'un vésicatoire suppuré.

M. EHLERS. — Les adversaires de la contagion opposent toujours la non transmission entre mari et femme. La lèpre conjugale existe, mais la contagion n'est pas constante. Jetez une allumette sur un tas de papier, vous ne réussirez pas chaque fois à y mettre le feu.

M. ANNING (Hambourg). — C'est une erreur de croire que les lépreux anesthésiques sont inoffensifs; ce sont au contraire les plus dangereux de tous, parce qu'on se méfie moins d'eux et qu'ils ont souvent sur les muqueuses nasales des ulcères lépreux dont la sécrétion est pleine de bacilles.

M. WOLFF (Strasbourg), confirme le danger des lépreux anesthésiques. Leur sang contient des bacilles en abondance ainsi que Petrini l'a observé et que Wolff l'a constaté également.

M. GAUCHER (Paris). — La contagiosité de la lèpre n'exclut pas l'hérédité; il rapporte le fait d'un enfant lépreux : on ne trouvait aucune trace de lèpre ni chez le père ni chez la mère. Enfin on finit par obtenir de la mère l'aveu que le père *naturel* de son enfant était lépreux.

M. CAMPANA (Rome). — Il est indispensable que les nations civilisées arrivent à s'entendre pour une action commune contre la lèpre.

Le traitement local est nécessaire dans les premiers stades de la maladie caractérisée par des macules et des tubercules, qu'on peut détruire par une intervention chirurgicale. La lèpre tubéreuse étant surtout contagieuse dans ses débuts, il y a tout intérêt à détruire les premières manifestations.

Les complications viscérales des périodes tardives sont dues à des infections septiques facilitées par les ulcérations et les troubles tropiques, on peut donc combattre ces complications par une antisepsie rigoureuse et soutenue.

Kystes graisseux sudoripares.

W. DUBREUILH et B. AUCHÉ (Bordeaux). — Les tumeurs des glandes sudoripares sont encore peu connues et aucun auteur ne mentionne l'existence de kystes glomérulaires. Leur étude présente cependant un grand intérêt

en raison de l'ignorance où nous sommes relativement à la nature des produits sécrétés par le glomérule.

Il est généralement admis que le glomérule sudoripare sécrète un liquide aqueux qui est la sueur; Unna, reprenant et confirmant des recherches anciennes, a montré que le glomérule sécrète de la graisse.

Notre observation vient appuyer cette opinion en montrant qu'il peut exister des kystes développés aux dépens du tube glomérulaire et que ces kystes renferment de la graisse presque pure.

Notre malade est un homme de 77 ans bien portant et bien conservé pour son âge, qui, depuis son enfance, est atteint d'anidrose presque absolue; s'il ne sue jamais spontanément, on peut cependant provoquer des sueurs locales avec la pilocarpine. Depuis deux ans, il a des démangeaisons diffuses qui ont disparu par l'usage de la pilocarpine à l'intérieur, aidée de lotions vinaigrées ou goudronnées. La peau est brunâtre, squameuse sur toute son étendue, au point de simuler une ichthyose modérée; elle est partout et toujours sèche, mais un peu grasse au toucher. On trouve de la séborrhée du cuir chevelu, des verrues séborrhéiques sur le tronc. Les tumeurs dont le malade ne saurait fixer le début sont répandues un peu partout, mais elles sont moins abondantes sur les membres; en revanche les deux aisselles en sont criblées. Ces tumeurs varient du volume d'un grain de chènevis à un pois, elles sont arrondies, bien limitées, modérément dures, logées sous la peau et alors plus ou moins adhérentes à sa face profonde, ou bien dans le derme en faisant une très légère saillie. Quelques-unes plus superficielles sont nettement saillantes, ont une teinte grisâtre ou jaunâtre, une consistance molle, semi-fluctuante ou pâteuse. Leur indolence est complète; par la ponction on donne issue à une masse butyreuse, molle et blanchâtre ou quelquefois presque liquide, jaune et ressemblant à de l'huile. L'analyse y a montré 19,50 p. 100 d'eau, 8 p. 100 de résidus divers et 72,5 p. 100 de graisse. L'examen microscopique ne fait guère trouver que de la graisse solide ou liquide et quelques rares cellules multinuclées. Dans les aisselles les tumeurs sont cohérentes, formant des placards mamelonnés. Sur le cuir chevelu elles offrent une parfaite ressemblance avec des loupes, mais la ponction et la biopsie a montré leur identité avec les autres tumeurs du tronc ou de l'aisselle. Les paumes et les plantes sont indemnes, sauf quelques bouchons cornés aux orifices sudoripares.

L'examen microscopique des tumeurs excisées dans les aisselles, le dos et le cuir chevelu, a montré qu'il s'agit de kystes à parois minces, avec un revêtement épithélial formé de deux ou trois rangées de cellules aplaties mais nullement kératinisées et très différentes de celles qui tapissent les kystes folliculaires. On trouve en outre des glomérules sudoripares dilatés à divers degrés et représentant tous les stades intermédiaires, depuis les glomérules normaux jusqu'aux kystes complets qui sont formés par la fusion de toutes les anses dilatées d'un glomérule.

Ces kystes graisseux sudoripares, dont nous donnons la première description, ne sont peut-être pas très rares, car nous croyons bien en avoir rencontré autrefois quelques cas sans reconnaître leur nature.

(A suivre.)

W. DUBREUILH.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 3 décembre 1895.

Président : M. G. LEWIN. — Secrétaire : M. G. ROSENTHAL.

La syphilis du foie.

M. LITTEN. — Les affections syphilitiques du foie sont les suivantes : la périhépatite, la dégénérescence amyloïde, la cirrhose, la forme gommeuse en petites et en grandes tumeurs, et enfin la plus rare dont le malade à présenter est atteint, l'hépatite syphilitique diffuse interstitielle. De toutes ces maladies, la périhépatite est la plus importante : elle se caractérise par une néoplasie très remarquable du tissu conjonctif le long des ramifications naturelles de la capsule de Glisson, laquelle produit des adhérences inflammatoires considérables du foie et avec le diaphragme et avec la surface intérieure du péritoine. Si c'est le cas, ou bien le phénomène péritonéal décrit par M. Litten fait défaut, ou bien la motilité respiratoire du foie se perd. Comme symptômes, on remarque des douleurs et un bruit de crépitation ; mais la périhépatite ne peut être regardée comme syphilitique que quand on trouve encore d'autres signes incontestables de cette maladie. De même la diagnose de la dégénérescence amyloïde et de la cirrhose ne peut être faite que quand l'étiologie est absolument sûre. La forme la mieux connue est l'hépatite gommeuse dans laquelle les gommages, de grandeur très différente ont leur siège le long du ligament suspenseur ou au bord inférieur de l'organe. M. Litten observa une jeune femme qui montra immédiatement après le mariage des œdèmes énormes qui furent regardés comme signe d'une néphrite vu qu'on trouva dans l'urine une quantité remarquable d'albumine. Il s'y joignit en peu de temps une série de tumeurs ayant leur siège à la carotide au milieu du sterno-cléidomastoïdien et à l'humérus gauche, s'étendant jusqu'à l'épiphyse inférieure. En faisant l'examen des organes internes, on trouva au bord inférieur du foie une grande tumeur entourée de cicatrices. M. Litten fit la diagnose de chondrosarcome. Plus tard, l'humérus se brisa spontanément pendant un mouvement que fit la malade. Plusieurs mois passés où M. Litten n'avait pas vu la malade, les tumeurs avaient spontanément disparu ; seulement on put constater une pseudarthrose de l'humérus et la tumeur du foie qui n'avait pas changé. La malade enceinte fut soumise, à cause d'une augmentation énorme des œdèmes, à un accouchement artificiel, par suite duquel elle succomba. La section montra deux grosses tumeurs gommeuses du foie.

L'hépatite syphilitique diffuse interstitielle a été décrite en premier lieu par E. Wagner. On ne connaît que les cas de Trousseau, Gubler,

Gaillard, Rindfleisch et Le Comte qui ont vu chacun un seul cas. M. Litten a pu observer trois cas dont le troisième est le malade qu'il présente. Le changement anatomique consiste en une augmentation gommeuse du tissu cellulaire du foie, laquelle, sans avoir la tendance à se contracter, conduit à la destruction des cellules. M. Litten voudrait comparer la consistance de l'organe à la dureté d'une planche d'ivoire avec laquelle il partage aussi l'état lisse. L'affection se développe lentement durant des années sans douleurs aucunes; en faisant des progrès, elle peut se compliquer d'ictère, d'ascite, d'augmentation de la rate, de troubles d'estomac et des intestins. Aussi, pour guérir, si c'est possible, le processus a besoin de plusieurs années. Le malade en question a contracté sa maladie en 1870-1871 où il a été traité. Il n'eut pas de récidives, à l'exception de symptômes de la gorge. Depuis huit semaines, il est sous l'observation; il doit avoir senti la dureté dans l'abdomen déjà depuis des années. En attendant, on lui a fait quarante-quatre injections de sublimé. Le malade se trouve subjectivement mieux, mais objectivement on ne peut constater aucun changement. Cette forme est la seule dans laquelle la diagnose soit sûre quant à son étiologie.

La discussion est ajournée.

Tuberculosis verrucosa cutis.

M. JOSEPH présente un cas de tuberculosis verrucosa cutis du dos de la main droite. Quant à l'origine, on peut penser dans ce cas à une infection hémotogène, le malade ayant eu dans son enfance une affection des poumons. L'intérêt de ce cas provient surtout du côté thérapeutique. Le malade a reçu par M. Waldstein des injections de pilocarpine à 0,005 centigr. par jour, en tout 0,18 gr. L'affection peut être considérée comme guérie.

M. MEISSNER a aussi observé le malade et a pu constater que déjà la première injection avait amené une amélioration considérable; elle était suivie d'une transsudation séreuse qui aboutit à détruire les tubercules.

M. G. LEWIN a traité un grand nombre de syphilitiques par la pilocarpine. Malgré de très bons résultats, il a renoncé à cette méthode à cause de symptômes de collapsus qui se montrent facilement. Aussi dans les maladies du cœur il faut se passer de cette médication. En faisant une injection d'atropine immédiatement après, on voit cesser l'effet de la pilocarpine, ouvrant l'éruption de la transpiration.

M. MEISSNER mentionne qu'il faut donner la pilocarpine en doses très petites pour éviter tout effet physiologique ou toxique de transpiration.

Chancre mou du doigt.

M. JOSEPH présente un malade qui s'est transmis après une combustion un chancre mou sur la main. Dans le dernier temps, M. Joseph traite, à l'exemple de M. Neisser, cette affection à l'acide carbolique. Dans ce cas, les glandes axillaires étaient tuméfiées et pas les glandes cubitales, ce qui semble être, d'après l'opinion émise par M. Lewin, d'une certaine importance différentielle.

M. G. LEWIN n'a pas été bien compris par M. Joseph. Il a seulement dit que pour des raisons simplement anatomiques, les glandes axillaires se tuméfient quand l'affection du doigt a un siège profond et les glandes cubitales si elle est superficielle. Le traitement à l'acide carbolique ne mérite pas d'être préféré à d'autres méthodes. Ces chancres des doigts peuvent quelquefois être très opiniâtres avant de guérir.

M. MANKIEWICZ a toujours eu un bon résultat avec l'acide carbolique.

M. LEDERMANN a employé dans le dernier temps aussi la formaline, cependant il faut appliquer la cocaïne avant de s'en servir pour éviter de trop grandes douleurs.

Teigne tondante.

M. JOSEPH présente deux garçons, dont l'un lui avait été envoyé avec la diagnose de pelade. Jusqu'à présent, M. Joseph avait été partisan de la théorie trophonévrotique et les preuves pour une transmission parasitaire ne lui semblaient pas avoir été assez strictes. M. Joseph était donc étonné lorsque, quelques jours plus tard, le frère, la mère et le père de ce malade se présentèrent avec les symptômes d'une teigne tondante. Tous furent traités par la chrysarobine avec un très bon effet. Il y a donc une affection qui, tout en commençant comme teigne tondante ressemble plus tard à la pelade : ces cas ont été décrits comme pelade pseudo-tondante. M. Joseph croit que les cas de pelade qui ont servi de base à la théorie du parasitisme sont de même nature que celui du malade présenté dans lequel le trichophyton a été trouvé.

M. G. LEWIN a reconnu de prime abord qu'il s'agissait de teigne tondante, vu que beaucoup de symptômes soutiennent la diagnose.

M. ROSENTHAL est aussi d'avis que ces cas ne sont pas très fréquents chez nous. Cependant, il croit que, tout en reconnaissant une certaine ressemblance clinique, il faut séparer bien distinctement la teigne tondante de la pelade, tandis que la pelade pseudo-tondante n'est qu'une forme de la pelade proprement dite qui se caractérise par une rupture prononcée fréquente des cheveux.

M. LEDERMANN a employé la chrysarobine avec bon résultat dans les cas de pelade.

M. JOSEPH croit que dans les cas de pelade décrits comme parasitaires, il s'agit de teigne tondante.

Lupus érythémateux discoïdes.

M. JOSEPH présente une malade qui, tout en étant syphilitique par hérédité, a été infectée par son mari. Elle en a retenu une perforation du *septum* et une hémiplegie du côté gauche. Maintenant elle montre un lupus érythémateux discoïde très développé. M. Joseph s'est servi dans ce cas comme dans plusieurs autres d'un emplâtre au mercure avec bon résultat.

Syphilides annulaires.

M. G. LEWIN présente un malade qui montre au tronc un exanthème spécifique singulier : une forme annulaire dont la périphérie est couverte

de papules ou de petites vésicules, de sorte qu'on pourrait penser à un herpès iris et circonscrit. En outre, on voit à côté d'une hypertrophie vicariante partielle des glandes de la base de la langue, une atrophie des autres.

M. RICHTER a présenté un cas semblable il y a un an et demi.

M. ROSENTHAL voudrait désigner ce cas comme forme annulaire à papule centrale. Il en observe maintenant un cas semblable.

Psoriasis.

M. G. LEWIN présente une malade qui, après avoir été infectée de syphilis, a eu six enfants vivants. Maintenant elle a eu un exanthème avec tous les symptômes caractéristiques d'un psoriasis vulgaire. Une atrophie prononcée de la base de la langue, parlant pour la syphilis; la malade fut soumise à des injections au sublimé avec un résultat éclatant.

Tumeur du pied.

M. G. LEWIN présente une malade qui porte, outre d'autres symptômes de syphilis, au pied une tumeur dont il est difficile de dire s'il s'agit d'une gomme ou d'une plaque muqueuse.

Traitement de l'hyperidrosis.

M. FRANK recommande pour le traitement de l'hyperidrosis et de la bromidrosis une poudre composée de formaline et d'acide tannique et fabriquée dans la maison de Merck à Darmstadt. On lui a donné le nom de tannoforme. Dans une série de cas, M. Frank en a été très content.

O. ROSENTHAL.

NOUVELLES

Nominations.

Monsieur le Dr EDMUND LESSER, professeur extraordinaire de la Faculté de médecine de Berne, est nommé professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Berlin.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

